

MEMOIRES ORIGINAUX

I

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU LUPUS DU LARYNX

Par **A. GUGUENHEIM**, médecin de l'hôpital Lariboisière
et **A. GUINARD**, chirurgien des hôpitaux.

C'est au cours d'une tentative de traitement chirurgical de la phtisie laryngée que nous eûmes, mon collègue et moi, l'idée d'appliquer la même méthode au traitement d'un cas de lupus laryngien que nous observions à la même époque.

Autant le traitement chirurgical de la phtisie laryngée, à l'aide de la laryngofissure, fut fertile en déceptions dont nous aurons occasion de parler ultérieurement, autant nous eûmes à nous féliciter de l'emploi du procédé chirurgical pour soigner ce cas de lupus du larynx.

Ce n'est pas une chose banale que le traitement chirurgical du lupus laryngé, tous les traités des affections du larynx ont été feuilletés et parcourus par nous, et nous ne nous souvenons pas d'avoir vu signalée, dans un ouvrage quelconque, l'application de cette méthode.

Certes, le traitement local du lupus laryngé a été l'objet de nombreuses tentatives, telles que l'usage de caustiques chimiques, de la galvano-caustique et du curettage par les procédés de Heryng et Krause, et l'un de nous s'est servi, avec succès, de l'acide lactique pour traiter une femme de 45 ans atteinte de lupus du larynx (*Thèse de Marty*, page 103, Paris, 1888), mais quelques autres traitements analogues échouèrent. Alors se présenta à notre esprit l'idée du traitement chirurgical qui fournit un si beau résultat que nous décidâmes de consacrer un mémoire spécial à l'étude de ce cas.

Nous avons dit que cette tentative était la première de ce genre figurant dans la littérature, mais, en lisant de nombreux traités, nous avons vu, dans le récent ouvrage de Moritz Schmidt, qu'un médecin hollandais, Brondgeest, avait

communiqué, en 1896, au Congrès de médecine interne tenu à Munich, une observation de lupus du larynx qu'il soigna par la pharyngotomie sous-hyoidienne et, lors d'une récurrence, par la laryngo-fissure, et qui est guéri depuis 6 ans. Malgré de patientes recherches, nous n'avons pas rencontré d'autre cas.

L'idée de recourir à ce mode de traitement chez les lupiques était pourtant bien naturelle, d'abord parce que la marche du lupus est excessivement lente, ensuite parce qu'il est admis, maintenant, que le lupus est une tuberculose très atténuée ou même encore moins que cela, et, par conséquent, accessible à un traitement chirurgical sérieux.

Voici la façon dont se pratique le traitement que nous avons employé :

1° Incision médiane allant jusqu'à la trachée.

2° Trachéotomie et introduction d'une canule de Trendelenburg.

3° Ouverture du larynx dans la partie médiane et de l'espace pharyngo-laryngien.

4° Ecartement des valves du larynx, s'effectuant aisément.

5° Emploi de la curette, râclage soigneux de toute la muqueuse laryngée, application du thermo-cautère sur toutes les régions grattées, curettage des ventricules, des cordes vocales, et enfin, s'il y a lieu, ablation de l'épiglotte si souvent altérée par le lupus du larynx.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de rapporter ici l'observation détaillée de notre malade que nous ferons suivre de quelques réflexions.

Observation.

(Recueillie par M. P. de Font-Réaulx, interne du service).

Lupus secondaire du larynx, traitement chirurgical ; ablation de l'épiglotte, curettage et cautérisation de toute la muqueuse laryngienne. Guérison.

Gaston D., 10 ans, entré le 31 décembre 1896 à l'hôpital Lariboisière, couché au n° 39 bis de la salle Lasègue. Cet enfant fréquente depuis près d'un an la consultation externe de l'hôpital.

Il porte sur le lobule du nez une petite ulcération lupique absolument caractéristique ; les accidents laryngiens pour lesquels il vient se faire soigner ne se sont pas amendés sous l'influence de traitements locaux répétés trois fois par semaine et consistant principalement en curettages et en applications d'acide lactique.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, la mère a craché le sang. Trois frères et deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole et fluxion de poitrine (?). Dit avoir eu cinq érysipèles.

Depuis deux ans, l'enfant se plaint que son nez est obstrué par des croûtes et peu à peu sa voix s'est enrouée ; toux et expectorations. N'a jamais craché de sang, pas de sueurs nocturnes. Excellent appétit.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une légère ulcération lupique à l'extrémité du nez. L'examen intra-nasal ne révèle ni croûte, ni suppuration, ni gêne. On constate, en examinant le fond de la bouche, l'existence de petites cicatrices blanchâtres sur le voile du palais et la face postérieure du larynx.

Au laryngoscope, on distingue l'épiglotte manifestement tuméfiée, parsemée de granulations ; au bord libre, existe une surface ulcérée et végétante. L'entrée du larynx est garnie de petites saillies irrégulières, blanchâtres, masquant les parties les plus inférieures de l'organe, et quelques-unes sont ulcérées.

On peut voir les cordes vocales tuméfiées et blanchâtres.

La respiration est fréquemment embarrassée. La voix est fortement altérée, et l'aphonie presque complète.

On décide de recourir à la laryngotomie pour tenter de délivrer l'enfant que les parents sont résolus à faire opérer, fatigués de la durée prolongée du traitement antérieur. Je prie mon collègue Guinard de vouloir bien se charger de l'intervention. L'opération a lieu le 11 janvier 1897. Le petit malade est soumis à l'action du chloroforme. Une incision de 7 à 8 centimètres de long est pratiquée au milieu de la région cervicale, et prolongée profondément jusqu'au niveau de la trachée.

L'hémostase est faite avec le plus grand soin, de manière à introduire facilement la canule-tampon de Trendelenburg. Sitôt que cette canule est mise en place, on y adapte l'appareil chloroformique muni d'un long tube en caoutchouc et l'on continue aisément l'anesthésie à distance. On sectionne bien au milieu le cartilage thyroïde avec des ciseaux, chose facile à cet âge. Cette

section est faite jusqu'au cartilage cricoïde. En haut on incise la membrane hyo-laryngienne ; le cartilage thyroïde est écarté des deux côtés de façon à mettre bien à nu toutes les parties du larynx.

Alors on peut voir ce que l'examen laryngoscopique nous permettait de constater, c'est-à-dire une série de granulations grisâtres, peu colorées et de dimensions très diverses, garnissant surtout l'entrée du larynx en arrière ; ces granulations sont plus petites et moins confluentes au fur et à mesure que l'œil pénètre dans la profondeur de l'organe, les cordes vocales sont grises et légèrement exulcérées, et une petite quantité de liquide muco-purulent s'échappe des ventricules.

L'épiglotte est tuméfiée, ulcérée, et les autres parties non ulcérées sont le siège de granulations d'un aspect semblable à celles de l'intérieur du larynx et leur injection est peut-être un peu plus prononcée. En un mot, l'épiglotte est très altérée et son bord libre détruit en partie.

Sur mon conseil, le Dr Guinard enlève totalement l'épiglotte, puis, au moyen d'une curette, il racle les granulations intralaryngiennes avec le plus grand soin, de façon à ne laisser subsister à la surface du larynx aucune partie morbide. Les cordes vocales, ainsi que les ventricules et la région sous-glottique, sont curetés avec un soin tout particulier. Cette petite opération est pratiquée facilement sans donner lieu à une sérieuse perte de sang, qui, du reste, s'écoule aisément au dehors grâce à la position, tête pendante, qu'on fait prendre au malade et qui empêche la moindre goutte de sang de pénétrer dans la trachée.

A la suite de ce curettage, l'opérateur cautérise au thermocautère toutes les parties du larynx.

Après cette cautérisation, effectuée très minutieusement grâce à l'hémostase de la muqueuse par l'eau oxygénée, le larynx est badigeonné soigneusement avec des compresses imbibées de naphтол camphré, puis on pratique la suture du larynx, de la plaie cervicale, et on rapporte le malade dans son lit.

Dans le cours de l'opération, on eut occasion d'extirper un petit ganglion dégénéré situé au devant de l'espace crico-thyroïdien.

Avant de recoucher le malade, je prie le Dr Guinard de pratiquer profondément, à l'aide du thermocautère, la cautérisation de la plaque lupique ulcérée sise à l'extrémité du lobule du nez. On applique en avant de la plaie, sur le cou, un pansement d'ouate et de gaze iodoformée.

Dès le lendemain, on peut retirer la canule, la cicatrisation des parties opérées s'effectue peu à peu avec une grande rapidité.

Le pansement est renouvelé chaque jour, et en l'espace de deux à trois semaines, la guérison est complète, et la plaie trachéale fermée.

Au début, le petit malade fut gêné, en avalant, par la plaie épiglottique, mais cet embarras fut éphémère ; en une huitaine de jours il disparut et depuis lors le malade s'alimente sans que jamais une parcelle de nourriture ou une goutte de liquide fasse irruption dans les voies aériennes.

La voix redevint presque normale après un mois de traitement.

La plaque de lupus nasal a complètement guéri et s'est vite cicatrisée.

L'enfant quitta l'hôpital au bout de deux mois de séjour et toutes les semaines il revint se faire examiner au laryngoscope, ce qui permit de constater le retour à l'état normal de toute la muqueuse laryngienne et la disparition de l'épiglotte favorise cet examen.

Lorsque nous cessons de voir le malade, nous constatons (le 3 juillet 1897) l'absence de toute récidive. Cette absence de toute altération a du reste été remarquée par les nombreux confrères français et étrangers qui suivent la clinique.

Examen histologique de l'épiglotte, pratiqué par le Dr G. Arthaud, chef des travaux de physiologie générale à l'Ecole des Hautes études, et M. d'Abbadie, élève du service (Planche du Dr Vauthier).

Au point de vue des altérations, la coupe nous présente trois parties bien distinctes :

- 1° l'épithélium ;
- 2° le tissu conjonctif ;
- 3° le tissu glandulaire.

1° *Epithélium*. — L'épithélium est discontinu, au centre de la séparation, on remarque une solution de continuité au niveau de laquelle on retrouve encore quelques vestiges du corps muqueux de Malpighi en voie de réparation.

Dans les parties voisines, l'épithélium offre des altérations d'origine inflammatoire (cellules du corps muqueux de Mal

pighi ayant perdu leurs contours), des vésicules apparaissent dans leur intérieur; dans d'autres, nécroses de coagulation.



Fig. 1.

a. Ulcération,
b. Granulôme.

Dans les parties les plus éloignées de l'ulcération on re-

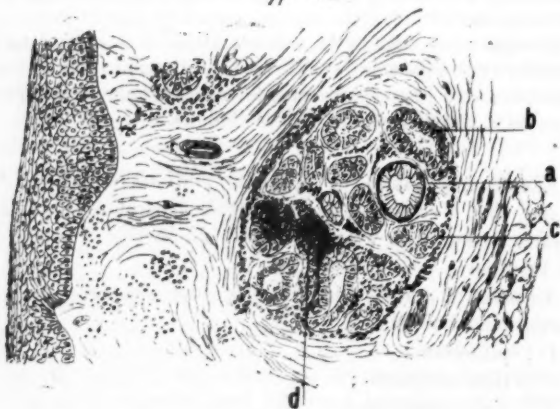


Fig. II.

a. Canal excréteur des glandes.
b. Cul-de-sac glandulaire en voie de dégénérescence.
c. Cul-de-sac glandulaire presque normal.
d. Infiltration nucléaire.

marque une prolifération de cellules dans les culs-de-sacs papillaires.

2° *Tissu conjonctif*. — Le derme est, relativement, peu atteint. De place en place, on voit des traces d'infiltration nucléaire, principalement au niveau de l'ulcération superficielle.

3° *Glandes*. — C'est surtout dans le tissu glandulaire que se montrent d'importantes altérations. Toutes les glandes portent la trace d'un travail inflammatoire spécifique très accentué qui paraît atteindre son summum au niveau des culs-de-sac. Le conduit excréteur est également atteint et présente, dans les parties voisines de la surface, des altérations ressemblant un peu à celles de l'épithélium superficiel.

Dans les culs-de-sac les moins affectés, l'épithélium conserve les caractères essentiels des glandes du type salivaire. Cependant, déjà quelques cellules commencent à prendre une forme moins nettement cylindrique : le protoplasma devient granuleux, le noyau revêt un aspect colloïde.

Au pourtour de ces culs-de-sac, se montre une infiltration nucléaire déjà accentuée. Dans les culs-de-sac plus altérés on assiste à toutes les phases de la nécrose de coagulation épithéliale. Les cellules se desquament, deviennent épithélioïdes et quelques-unes, par fusion de leur protoplasma, constituent de véritables cellules géantes.

Autour de ces culs-de-sac, la membrane hyaline disparaît et les noyaux inflammatoires, venant se mettre en contact avec des cellules épithéliales ainsi transformées, finissent par constituer un véritable granulôme dont la zone interne est formée par les cellules épithéliales transformées, et la zone externe par le tissu inflammatoire péri-glandulaire.

En résumé, l'ensemble de la préparation a l'aspect d'un granulôme, ayant eu, pour point de départ, le tissu glandulaire, avec phénomènes de réaction périphérique dans le tissu cellulaire environnant.

Le travail que nous venons de présenter nous semble avoir une importance très grande, car, ainsi que nous l'avons dit au début, il n'existe pas dans la science d'observation de lupus du larynx traité chirurgicalement à moins de faire figurer le cas cité par Moritz Schmidt dans le court paragraphe qu'il con-

sacre au *lupus laryngien*. Depuis, nous n'avons relevé aucun fait de ce genre dans les livres et journaux que nous avons dépouillés.

Certes, le nombre des cas de *lupus du larynx* observés dans les cliniques spéciales est peu élevé, et, pour ma part, depuis que je dirige des services spéciaux dans les grands hôpitaux parisiens, j'en ai rencontré un bien petit nombre ; du reste, la thèse de mon ancien interne Marty, faite à l'hôpital Saint-Louis où on voit tant de *lupiques*, ne renferme qu'une quantité relativement restreinte d'observations, aussi, n'avais-je pu guère songer à une thérapeutique aussi radicale que les procédés chirurgicaux pour ce genre d'affection. Il a fallu la tentative de traitement chirurgical de la *phtisie laryngée* par la *laryngotomie*, entreprise avec mon collègue Guinard, pour oser appliquer cette méthode au malade qui fait l'objet de ce mémoire et qui était soigné sans succès depuis un an.

Nous pouvons dire, à présent, que le traitement chirurgical de la *tuberculose laryngienne* par la *laryngotomie* nous a réservé une série de déceptions ; mais ce procédé nous a réussi pour la cure du *lupus du larynx*. Pourtant, cette thérapeutique n'était pas sans nous inspirer quelque inquiétude, car le *lupus laryngien*, que nous opérâmes, était de nature secondaire, l'idée de recourir à ce mode de traitement chez les *lupiques* était bien naturelle ; d'abord le *lupus de la peau* et des muqueuses est susceptible de guérison ; puisque la lésion, de l'avis de la plupart des anatomo-pathologistes, est une *tuberculose*.

Ayant pleinement réussi, nous agirions encore de même en semblable occurrence.

Pourquoi avons-nous réussi ? Est-ce par ce que le *lupus* est une *tuberculose atténuée*, comme cela semble être hors de doute actuellement ? C'est fort probable.

Chez notre malade, nous avons remarqué, au cours de l'opération, l'existence d'une *adénopathie* qui avait échappé pendant l'évolution de l'affection. Cette *adénopathie*, dont la présence était niée par beaucoup d'auteurs au cours du *lupus*, et surtout quand celui-ci siégeait dans le larynx, avait été affirmée par G. Homolle dans sa savante description. Marty

l'admet également dans sa thèse, et le fait que nous venons de relater vient encore à l'appui de l'opinion d'Homolle et de Marty.

Au point de vue de la technique opératoire, remarquons que l'incision verticale médiane de l'os hyoïde au sternum suffit largement sans qu'il soit besoin d'y joindre des incisions transversales. Notons aussi que nous soignons spécialement l'hémotase avant d'ouvrir la trachée pour pouvoir introduire à sec la canule-tampon. Enfin, il faut avoir soin de sectionner le cartilage thyroïde très exactement sur la ligne médiane pour ne pas intéresser les cordes vocales et pour rapprocher les deux valves en terminant l'opération, deux points séparés à la soie suffisent ; dans le cas particulier, ils perforaient les lames cartilagineuses : chez l'adulte, il n'y a qu'à suturer les parties molles périchondrales pour maintenir les valves en bonne place.

(1) G. HOMOLLE — Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne (angines scrofuléuses graves, lupus de la gorge) Thèse de doctorat, Paris, 1875.

UN CAS D'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF
DE LA CAISSE DU TYMPAN DÉVELOPPÉ A LA SUITE
D'UNE OTITE MOYENNE PURULENTE CHRONIQUE
DATANT DE 12 ANS

Par **HAMON DU FOUGERAY** (du Mans).

Les observations de *tumeurs malignes primitives de la caisse du tympan* publiées jusqu'à ce jour sont encore peu nombreuses, et l'on doit admettre que ces tumeurs sont rares en supposant même que tous les cas rencontrés n'aient pas été relatés.

En 1887, Kretschmann n'avait pu en réunir que 16 cas et Story, en 1895, en présentait une observation à l'Académie royale de médecine d'Irlande, *la première* qu'il avait recueillie pendant 18 années de pratique sur un nombre total de 12 000 malades.

J'ai donc pensé qu'il ne serait pas inutile de publier l'observation suivante.

En ce qui me concerne, c'est la première fois depuis 12 ans qu'il m'a été donné de rencontrer un cas de tumeur maligne *née dans l'oreille moyenne*.

M^{me} G^{***}, âgée de 43 ans, ouvrière, scrofuleuse, a été atteinte, il y a 12 ans, d'otite moyenne purulente aiguë gauche survenue au cours d'une angine légère.

Cette affection n'a pas été traitée et est passée rapidement à l'état chronique.

Jusqu'au mois de septembre 1896, l'état de l'oreille s'était maintenu sensiblement le même. La suppuration était peu abondante et aucune douleur ne s'était manifestée. A cette époque,

la malade commença à ressentir quelques élancements revenant de temps en temps. La suppuration augmenta et ces symptômes s'aggravèrent de jour en jour. Les douleurs devinrent plus aiguës, plus fréquentes, presque continues ; le pus prit une odeur fétide et à diverses reprises de véritables hémorrhagies assez abondantes se produisirent par le conduit auditif.

Dans ces conditions M^{me} G^{...} se décida à se faire soigner et vint à ma clinique le 9 novembre 1896.

L'examen de l'appareil auditif me permit alors de constater que l'oreille droite était normale ainsi que l'audition de ce côté.

À gauche, la surdité était très prononcée avec de très forts bourdonnements presque continus.

Le conduit était rempli d'un pus jaunâtre et fétide. Après nettoyage, je pus voir que ses deux tiers externes n'étaient le siège d'aucune altération.

Le revêtement cutané du tiers interne, au contraire, était d'un rouge vif, mais sans gonflement bien notable, et sur la paroi postérieure on remarquait un petit bourgeon charnu, saignant au moindre attouchement.

La membrane tympanique perforée largement au niveau du quadrant postéro-inférieur, était également très rouge, bosselée, et cette hyperémie ne laissait apercevoir ni le manche du marteau, ni les autres détails que l'on observe normalement.

La perforation avait une forme irrégulière ; ses bords étaient ulcérés, granuleux, et au centre se trouvait un bourgeon charnu allongé, dont le sommet faisait légèrement saillie dans le conduit auditif. Ces divers points saignaient abondamment au moindre contact du stylet.

L'apophyse mastoïde ne présentait extérieurement rien de particulier et n'était aucunement douloureuse soit spontanément soit au toucher.

En regardant attentivement le visage de la malade, il était facile de reconnaître l'existence d'une paralysie faciale incomplète du côté gauche. Cette paralysie aurait débuté dans la seconde moitié de l'année 1895, mais, à partir du mois de septembre 1896, elle serait devenue de plus en plus accentuée.

Les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire étaient également libres des deux côtés.

Le rhino-pharynx ne présentait rien d'anormal, sauf un léger catarrhe de la muqueuse de l'oro-pharynx avec quelques petites

granulations. La vision était intacte et le fond de l'œil gauche sans altération. Les ganglions du cou n'étaient pas engorgés.

L'ensemble de tous ces symptômes me fit d'abord penser à une otite moyenne purulente chronique fongueuse, intéressant toute la caisse, avec carie osseuse probable au niveau de l'acqueduc de Fallope, et menaçant de s'étendre vers l'autre mastoïdien.

En conséquence, je proposai à M^{me} G^{***} une intervention chirurgicale dont j'essayai de lui démontrer l'urgence, mais elle me répondit par un refus formel.

Pensant pouvoir la convaincre ultérieurement, je lui conseillai alors de venir se faire panser tous les jours à ma clinique, ce qu'elle accepta.

Jusque vers la fin de décembre 1896, cette femme y vint assez régulièrement. L'oreille fut traitée par le tamponnement à la gaze à l'aristol.

Au début l'état local sembla s'améliorer. Les hémorrhagies cessèrent, les douleurs diminuèrent d'intensité et la fétidité du pus disparut presque entièrement. Mais vers le 20 décembre, les douleurs redevinrent très aiguës, s'irradiant vers la tempe, la nuque, le cou et même l'épaule; la paralysie faciale s'accentua et la région mastoïdienne, bien que toujours d'aspect normal, commença à être sensible à la pression.

Je déclarai alors que l'opération était absolument nécessaire, ce qui effraya la malade qui cessa de venir à la clinique.

Je n'en avais plus entendu parler pendant près de trois mois, lorsque, le 18 mars 1897, on vint me prier d'aller visiter M^{me} G^{***} très sérieusement malade.

Je la trouvai en effet, dans un état grave. La région mastoïdienne était fortement tuméfiée; au niveau de l'autre, la peau violacée présentait une perforation à travers laquelle passait un gros bourgeon charnu, mou et saignant. Il s'en écoulait une grande quantité de pus fétide. Douleurs intenses, continues; pas de sommeil depuis 15 jours; température axillaire = 39°,5; délire pendant la nuit.

Malgré cet état alarmant, je proposai une opération qui fut acceptée et que je pratiquai à ma clinique le 20 mars 1897 avec l'aide de mes excellents confrères, les D^{rs} Poix et Geyssen.

Après chloroformisation, je fis en arrière du pavillon une incision longue et profonde, comme dans le procédé de Stacke, passant par l'ouverture déjà existante.

Je trouvai alors un décollement considérable des téguments

s'étendant au-dessus de l'apophyse zygomatique sur les régions temporale, pariétale et occipitale, et sur la moitié supérieure seulement de l'apophyse mastoïde. La peau était séparée des parties profondes par une quantité énorme de végétations molles, friables, saignantes, que j'enlevai à la curette.

Au niveau de l'antre la paroi osseuse externe avait disparu. Il en était de même pour la paroi postérieure du conduit.

La caisse et l'antre ne formaient plus qu'une seule cavité bourrée de fongosités, que je curetai avec prudence.

Je pus ensuite reconnaître que le toit du tympan n'existait plus et que ces fongosités s'étendaient dans la cavité crânienne sous la dure-mère.

Je dus me borner à un nettoyage aussi complet que possible dans cette région dangereuse, et, lorsque l'opération fut terminée, on pouvait introduire le doigt jusqu'à une profondeur de 40 centimètres dans ce trou béant dont l'axe se dirigeait de dehors en dedans et d'arrière en avant. Pas de sutures. — Pansement à la poudre d'iodoforme et à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent bonnes. La température prise pendant le 20 premiers jours ne monta pas au-dessus de 38°, et la malade se sentit très soulagée.

La plaie avait même bon aspect et semblait tendre à la cicatrisation.

Mais à la fin d'avril la malade présenta de l'agitation sans cependant avoir de fièvre. Le sommeil très difficile fut troublé par des cauchemars. Il se manifesta pour la première fois des troubles de l'intelligence et surtout du côté de la parole.

La malade confondait les noms des objets et par moments ne reconnaissait plus les personnes. Presque continuellement elle ne cessait d'émettre des sons plaintifs.

Les forces diminuèrent avec amaigrissement progressif.

La plaie présenta de nouvelles fongosités, le pus prit une odeur infecte et l'envahissement par le néoplasme des parties profondes devint évident.

Cet état de marasme s'accrut de plus en plus et la mort survint presque sans agonie le 4 juin à 5 heures du soir. L'autopsie ne put malheureusement être faite.

L'examen histologique des fongosités montra que la tumeur était un épithélioma pavimenteux lobulé avec de très nombreux globes épidermiques à tous les stades de leur évolution.

Cette observation me semble intéressante sous plusieurs rapports.

D'abord j'ai pu examiner la malade alors que la tumeur était encore limitée à la caisse du tympan, ce qui me permet d'être affirmatif sur son origine, et ensuite, j'en ai suivi la marche envahissante jour par jour au début et après l'opération.

Lors de mon premier examen, le diagnostic de cancer ne pouvait pas, à mon avis, être déduit de l'ensemble des seuls symptômes observés. Il aurait fallu à ce moment faire l'examen histologique des petits bourgeons charnus que l'on voyait au fond du conduit. Je regrette de ne l'avoir pas pratiqué, et ceci prouve qu'on ne doit jamais le négliger même dans les cas où le diagnostic semble facile.

Cet examen s'impose surtout : « Lorsque chez un malade « âgé de 45 ans environ et ayant une otite ancienne ou récente, « on voit survenir au cours de son affection des douleurs violentes, tenaces, avec exacerbations fréquentes, ou rémissions « de plusieurs jours, parfois de plusieurs semaines, un écoulement fétide et une production de bourgeons charnus ulcérés à leur surface, fendillés, granuleux, saignant facilement ⁽¹⁾. »

Ces symptômes doivent mettre en éveil surtout si on voit se produire une paralysie faciale, et à plus juste raison une poussée inflammatoire du côté de l'apophyse mastoïde ou du temporal.

En lisant les observations publiées sur ce sujet, on voit que la paralysie faciale ne précède pas en général les autres symptômes et qu'elle ne se manifeste le plus souvent que pendant ou après la première période de l'affection.

Dans mon observation, au contraire, la paralysie faciale est survenue longtemps avant les premières douleurs de l'oreille. Cette paralysie a été d'abord légère, quoique assez accentuée pour être remarquée par la malade et par son entourage, et, il m'a été affirmé que cette remarque avait été certainement faite dans la seconde moitié de l'année 1893, c'est-à-dire plus d'un an avant les premiers signes d'aggravation.

(1) G. MARCHAL. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne. (*Thèse*, Paris, 1895.)

Faut-il, à cette époque, en rapporter la cause à l'otite moyenne purulente seulement, ou y voir l'influence du néoplasme débutant déjà au niveau du canal de Fallope au-dessus de la fenêtre ovale? Il est difficile de répondre à cette question; toutefois, la seconde hypothèse est admissible étant donné que l'épithélioma a une marche relativement plus lente que le sarcome ou le carcinome.

Mais le côté le plus intéressant de mon observation consiste dans l'examen des phénomènes nerveux qui se sont succédés.

Combinés avec les autres symptômes, malgré l'absence d'autopsie, on peut en déduire assez exactement le mode d'évolution de la tumeur.

Jusqu'au mois de septembre 1896, celle-ci semble avoir eu une marche lente et ne pas être sortie de la cavité tympanique.

Dans sa thèse, que j'ai citée plus haut, le D^r Marchal donne une description générale des progrès du néoplasme en dehors de la caisse qui diffère notablement de ce que j'ai constaté chez ma malade.

D'après cet auteur, la tumeur attaquerait successivement le temporal, l'articulation temporo-maxillaire, parfois la parotide, la corde du tympan, l'antre mastoïdien, l'oreille interne, le rocher, le trijumeau, puis, gagnant le trou déchiré postérieur, atteindrait le glosso-pharyngien, le pneumogastrique, parfois le spinal, et enfin, dans certains cas, le grand hypoglosse.

Bien que l'ordre des phénomènes soit variable selon les cas, si l'on ne considère que le développement intracrânien de la tumeur on voit que celui-ci se ferait en suivant la face postérieure du rocher jusqu'au trou déchiré postérieur. L'auteur, il est vrai, reconnaît en terminant qu'il n'y a pas de règles fixes, mais se borne à mentionner seulement la possibilité d'autres modes d'évolution.

Dans mon observation, le temporal, l'articulation temporo-maxillaire, la parotide sont restés indemnes, tandis que l'envahissement intracrânien s'est manifesté non pas en arrière, mais plutôt vers la fosse cérébrale moyenne et probablement au niveau du sillon de Rolando.

La malade, en effet, a eu surtout des troubles du langage. Ces troubles ne provenaient pas des centres moteurs. Ils étaient uniquement caractérisés par la confusion des mots, ainsi la malade appelait sa robe... un chapeau, le vin... gros, l'eau... maigre, etc. Ce langage bizarre ne pouvait être compris que des personnes qui la gardaient.

Les troubles intellectuels qui se sont manifestés peu après ont été des phénomènes de dépression, de gâtisme, sans excitation.

Enfin la sphère du glosso-pharyngien n'a été atteinte que dans les derniers jours à l'exclusion du pneumogastrique du spinal et du grand hypoglosse.

Le seul symptôme d'excitation des centres nerveux a été le gémissement. Pendant près de deux mois la malade a émis du matin au soir et souvent, du soir au matin des ah ! ah ! poussés sur un ton monotone et plaintif, sans interruption.

En résumé la marche de cet épithélioma paraît avoir été la suivante :

Début dans la caisse, probablement au niveau du canal facial, au-dessus de la fenêtre ovale.

Envahissement de l'antre.

Destruction du toit du tympan et pénétration de la tumeur sous la dure-mère en avant.

Troubles intellectuels et du langage.

Aucun trouble moteur.

Peu de temps avant la mort, le néoplasme atteint le trou déchiré postérieur limitant son action au glosso-pharyngien.

Les vaisseaux n'ont donné lieu à aucune hémorrhagie.

Bien que l'autopsie n'ait pu avoir lieu, telle me paraît être l'évolution de cette tumeur qui semble surtout s'être développée vers la face antérieure du rocher et sur les côtés de l'étagé moyen de la cavité crânienne.

III

UN CAS DE PÉRIOSTITE MASTOÏDIENNE

Par **GEORGES LAURENS**, ancien interne des hôpitaux
de Paris (1).

La périostite mastoïdienne développée consécutivement à une otite moyenne aiguë, sans participation des cellules mastoïdiennes ou de lésions du conduit auditif, est un fait assez rare pour que nous ayons cru intéressant de rapporter le fait suivant qui en est un exemple frappant.

Il s'agit d'un homme, âgé de 27 ans, ébéniste, qui, le 18 mars 1897, entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître, le Dr Lermoyez. Voici les points principaux de son observation :

Douze jours avant son entrée, le malade eut un coryza intense qui s'accompagna de douleurs aiguës de l'oreille droite avec diminution de l'ouïe. Depuis trois jours seulement, un gonflement de la région mastoïdienne s'est développé progressivement, d'une manière diffuse, non au niveau d'un point, mais sur toute la région. Il n'y a pas eu d'écoulement d'oreille. Aucun antécédent auriculaire antérieur.

Le 18 mars, quand le malade se présenta à la consultation, on constatait l'état suivant :

Localement :

a) Le pavillon de l'oreille droite est dans une direction presque perpendiculaire au plan temporal : il est ainsi déjeté en dehors par une énorme collection qui occupe toute la région mastoïdienne, a envahi le sillon rétro auriculaire et se prolonge à la face interne du pavillon. Les limites supérieure et inférieure de ce gonflement correspondent à celles de la mastoïde. La peau qui le recouvre est rouge et tendue, la fluctuation est manifeste.

(1) Communication à la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, 6 mai 1897.

La pression exercée à ce niveau est peu douloureuse. Il n'existe de même aucune douleur par la traction du pavillon, en avant du tragus et sous le lobule de l'oreille. Aucune excoriation, ni plaie en ces différents points de même que dans le cuir chevelu et les parties voisines.

b) L'examen du conduit ne révèle rien de particulier; il est libre, la peau qui le recouvre est normale, il n'y a ni squames, ni furoncles. La membrane tympanique est blanchâtre, un peu rosée; il n'existe pas de bombement. Le manche du marteau est rouge.

L'oreille gauche n'offre rien de particulier.

L'audition, normale à gauche, est diminuée à droite. La montre n'est perçue qu'à une distance de 20 centimètres.

c) L'examen du nez et du cavum montre un coryza en défervescence: il y a une rougeur diffuse avec filaments de mucopus. Pas d'obstruction nasale. Le cavum présente un récessus médian d'où il sort du mucopus. Le pavillon tubaire droit est œdématié et énorme.

L'état général du malade paraît être assez satisfaisant, la peau n'est pas chaude, le pouls est normal et les douleurs se sont un peu amendées.

En présence de tous ces symptômes, l'enchaînement pathologique est le suivant: coryza aigu avec otite moyenne ayant provoqué une mastoïdite avec fistule et abcès sous-cutané. L'indication est d'intervenir rapidement. Le lendemain, 19 mars, le malade est opéré par M. Druault, interne du service. Une grande incision curviligne est faite en arrière de l'oreille et l'on tombe sur une énorme collection purulente. Après avoir vidé la cavité de l'abcès, l'ongle ne sent aucunement par le grattage de point osseux carié, le stylet ne pénètre dans aucun orifice fistuleux; dirigé vers la partie postérieure du conduit, il ne rencontre aucun diverticule. Malgré ces résultats négatifs, pouvant faire supposer que l'os sous-jacent est sain et qu'on ne se trouve qu'en présence d'une périostite suppurée, la trépanation est faite au lieu d'élection: elle mène à l'antre à travers une corticale très épaissie. Nulle part, on ne rencontre de pus ou de fongosités: l'antre est normal, un stylet introduit dans l'aditus pénètre librement et ne ramène aucun liquide purulent.

La paracentèse du tympan est alors pratiquée et montre que la caisse est vide et ne contient pas de pus.

On fait un tamponnement du conduit et de l'ouverture mastoïdienne à la gaze iodoformée. Deux points de suture réunissent en haut et en bas les lèvres de l'incision cutanée.

Les suites opératoires n'offrirent qu'un incident : le 27 mars, à la levée du premier pansement, on constatait la formation d'une collection purulente, au-dessus du pavillon, sous jacente aux deux points de suture supérieurs. Les fils sont enlevés, la plaie largement ouverte, l'abcès vidé et drainé et tout rentre dans l'ordre.

A la fin d'avril, le bourgeonnement se fait bien de la profondeur à la superficie et il n'y a pas de fistule. Le tympan est revenu presque à son état normal, la perception de la montre par la voie aérienne s'entend de 0^m,95 à 1 mètre, la voix basse est perçue à 2^m,50.

En somme, ce malade n'avait uniquement qu'une périostite mastoïdienne, sans lésion des cellules, et l'on pourrait dire que l'incision de Wilde aurait suffi dans le cas particulier.

Il s'agissait bien, évidemment, d'une périostite. Nulle part nous n'avions rencontré d'excoriation, de plaie, qui aient pu faire songer à une lymphangite : du reste, il n'y avait pas de douleur préauriculaire, le creux rétro-maxillaire était normal et n'offrait pas de ganglion.

L'hypothèse d'un adéno-phlegmon du ganglion rétro-auriculaire devait être écartée, on sait que dans l'adénite, la tuméfaction n'empiète pas sur le pavillon, la rougeur de la peau est très vive, l'empâtement des tissus est plus marqué, il y a douleur dans le creux sous-lobulaire ; le ganglion pré-tragien est pris, et l'on trouve, parfois, la porte d'entrée des germes infectieux.

Il n'y avait pas à songer davantage à la furonculose du conduit compliquée de lymphangite : le conduit était normal.

Pouvait-on différencier cette périostite d'un abcès de la mastoïde ? Le diagnostic, s'il est possible, quand on assiste au début de la maladie, où l'on voit, dans la périostite le gonflement plus diffus, effaçant le sillon rétro-auriculaire, la douleur plus marquée et plus superficielle, nous paraît fort difficile à établir à la période où nous avons vu ce malade et où nous nous sommes trouvés en présence d'une énorme collection.

Il reste, enfin, à élucider un dernier point : cette lésion était-elle d'origine auriculaire ? on pourrait le discuter, en l'absence de pus dans l'oreille moyenne et les cellules mastoïdiennes. La

réponse ne semble pas douteuse, de par l'évolution de la maladie : le coryza a provoqué l'otite moyenne et celle-ci a réagi sur la mastoïde. Evidemment, nous ne nous sommes trouvés qu'en face des extrémités de la chaîne pathologique : coryza, d'une part, et périostite de l'autre. Mais un examen attentif avait pu montrer les étapes successives parcourues par l'infection : œdème et gonflement énorme du pavillon tubaire droit, rougeur du manche du marteau, de la membrane et diminution considérable de l'audition. L'infection périostique mastoïdienne avait eu lieu à distance et non par propagation directe : mais on connaît les connexions vasculaires reliant le périoste aux cavités de l'oreille moyenne et qui expliquent, dans une certaine mesure, le transport des germes infectieux.

Un dernier point et non moins intéressant peut être discuté. On pourra nous objecter que le cas actuel était le triomphe de l'incision de Wilde et que l'abcès de notre malade n'était justiciable que de cette petite boutonnière cutanée. Peut-être, mais on sait ce que vaut cette incision : pour quelques rares succès qu'elle a donnés et que l'on ne manque pas de relater, du reste, — tellement ils sont peu nombreux, — de combien de méfaits n'est-elle pas la cause ! Il pouvait y avoir quelques présomptions pour que l'antre fût sain, mais dans le doute nous avons préféré la trépanation. Pourquoi, du reste, existerait-il des différences entre la chirurgie otologique et les préceptes de la chirurgie générale. Dans bien des cas cliniques il y a place pour le doute, mais avec les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie, le nombre des chirurgiens abstentionnistes diminue de plus en plus. Il y en a peu, pour prendre un exemple, — peu comparable, il est vrai, au cas actuel, — qui, en présence d'une plaie de l'abdomen, ne feront pas la laparatomie, celle-ci ne fût-elle qu'exploratrice ; mais, du moins, si la plaie est pénétrante, le malade aura retiré grand bénéfice de l'intervention. Ici, cependant, les dangers de l'infection sont bien plus grands que du côté de l'oreille : là, on creuse un puits en tissu osseux, il n'existe aucun danger quand on connaît la région et les chances d'infection sont singulièrement moindres.

IV

POURQUOI LES OTITES MOYENNES SUPPURÉES SONT-ELLES SI FRÉQUENTES ET LES MASTOIDITES SI RARES ? EXPLICATION DE CE PHÉNOMÈNE PAR DES DÉCOUVERTES ANATOMIQUES PERSONNELLES

Par **R. FORNS**, de Madrid (1).

Je me suis souvent demandé à quoi tenait la rareté relative des mastoïdites vis-à-vis de la fréquence des otites moyennes suppurées. Ce fait pourrait s'expliquer en ce que les malades étant debout la plus grande partie de la journée, il se produit une perforation dans la partie inférieure de la membrane tympanique à travers laquelle le pus s'écoule. Je suis convaincu que là ne réside pas la cause, car lorsque les malades sont couchés, l'orifice de l'antre est situé dans une position déclive par rapport à la caisse du tympan, et par son propre poids le pus remplira la cavité mastoïdienne avant qu'il n'en sorte une goutte par la perforation tympanique.

Ceci ne se produisant qu'exceptionnellement, j'en ai recherché la cause, et après des dissections répétées pratiquées sur des temporaux frais, je me suis convaincu que ce fait dépend de la configuration anatomique de cette région qui est très différente de la description qu'en fournissent les traités.

La caisse tympanique n'est pas une cavité unique et exclusive ; durant la vie embryonnaire et fœtale elle est remplie d'un tissu conjonctif gélatineux qui se vide peu après la naissance ; toutefois, le travail de résorption donne lieu à divers

(1) Communication au premier Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie. Madrid, 22 novembre 1896.

replis fibro-muqueux, sous la forme de tissus plus ou moins consistants, décrits partiellement par certains auteurs sous le nom de ligaments. Nous avons là, à vrai dire, une espèce de tunique qui couvre et protège les organes renfermés dans la caisse, donnant lieu à un système de cavités divisant la caisse en plusieurs compartiments.

J'ai été fort surpris que deux cavités très importantes au point de vue anatomo-pathologique n'aient pas été étudiées jusqu'ici par les anatomistes. Ce sont le compartiment antéro-inférieur que je propose d'appeler *compartiment tubaire* de la caisse, et le postéro-supérieur, ou *attico-mastoldien*.

La cloison qui sépare ces compartiments et qui renferme dans son épaisseur la chaîne des osselets part du haut de la trompe d'Eustache, s'étend dans sa partie antérieure, comme une bêche, de la paroi externe à la paroi interne de la caisse. A l'extérieur, elle enveloppe le tendon du muscle antérieur du marteau, ainsi que j'ai pu le vérifier sur le cadavre, bien qu'aucun des anatomistes modernes, considérés aujourd'hui comme des autorités, ne signalent ce muscle dans leurs ouvrages.

Depuis ce point qui est la limite externe antérieure, il s'étend à la paroi interne, emprisonnant et protégeant dans son épaisseur la corde du tympan sitôt qu'elle sort de la bourse antérieure de v. Troeltsch, formant un angle aigu avec le tendon du muscle antérieur du marteau. L'expansion membraneuse atteint le marteau, en enveloppant auparavant le tendon réfléchi du muscle interne, et se divise ensuite en plusieurs rameaux. Les uns, externes, forment les ligaments qui unissent le marteau et son manche aux régions voisines qui ont été décrites par les anatomistes. Un autre se prolonge jusqu'à la longue apophyse de l'enclume par la partie postéro-interne, constituant une sorte de diaphragme décrit par Urbantschitsch, et qui rejoint la portion postérieure du promontoire au-dessus de la fenêtre ronde, se prolonge sur l'étrier qu'il enveloppe jusqu'à la base et s'étend jusqu'à la paroi postérieure pour protéger le tendon du muscle de l'étrier. D'autres branches postérieures donnent lieu à des ligaments postérieurs de l'enclume, et des branches supérieures aux suspenseurs de la chaîne des osselets.

De cette manière la caisse se sépare complètement en deux grands compartiments, et en quelques petits qui intéressent moins notre sujet. L'un antéro-inférieur, comprend en avant la trompe d'Eustache par laquelle se continue la cavité rhinopharyngienne, renfermant la partie de la caisse en relation avec le tympan, et limitée en arrière par la partie inférieure de la paroi postérieure de la caisse et par la cloison que j'ai décrite ; la cavité contient encore en arrière l'ouverture de la fenêtre ronde et dans le voisinage la fenêtre ovale renfermée dans l'épaisseur de la cloison. Cet ensemble constitue la chambre antéro-inférieure.

Au-dessus de la cloison se trouvent d'autres compartiments formés par l'attique, l'antre et les cellules mastoïdiennes.

J'ai déjà dit qu'il existe d'autres petites cloisons, prolongements de celles que je viens de décrire, qui sont moins importantes, telles que les bourses de v. Troeltsch, de Prussak, les cavités de Politzer et d'autres moins constantes. Je ferai observer qu'une partie de la cloison visible sur mes préparations a été décrite par Politzer sous le nom de cordon en forme de ceinture et considérée à juste titre comme vestige du tissu conjonctif embryonnaire.

Ma découverte n'est pas récente, je l'ai exposée dans le dernier cours à mes élèves de la Faculté de Médecine devant le Dr Uruñuela qui se souvient que je lui ai montré à cette époque mes préparations ; c'est à lui et au Dr Suñe que je dois de m'être décidé à présenter ce travail.

D'après de nombreuses dissections, j'ai la conviction que cette division de la caisse est normale, et donne la clé de divers faits, entre autres que les otites dites catarrhales, ne sont pas panotitiques, mais seulement des otites tubaires ; c'est-à-dire que certaines otites sont limitées à la bourse de Prussak et que toutes les otites catarrhales provenant d'infection tubaire se propagent seulement à la chambre antéro-inférieure ou tubaire et qu'il faut un certain temps pour que la destruction de la cloison puisse permettre l'extension de la phlogose à la région mastoïdienne.

Sur quelques cadavres frais j'ai pu vérifier la contre-partie de ma découverte anatomique ; pour cela, j'ai ajusté la canule

d'un irrigateur à la trompe d'Eustache, et, découvrant la face supérieure de l'antre mastoïdien, j'ai constaté que l'eau ne s'écoulait pas dans la mastoïde, quand la pression était faible, c'est-à-dire de 4 à 6 centimètres. Pour m'assurer qu'il n'y avait pas d'obstruction des trompes je fis une paracentèse, et l'eau s'écoula en abondance par la perforation tympanique. En tamponnant ensuite le conduit auditif externe, l'eau, de nouveau, ne sortait pas par la mastoïde et ce n'est qu'en élevant les pressions à 24, 26 et même 30 centimètres, que la cloison que je viens de décrire se déchirait et que l'eau sortait en abondance à travers l'antre mastoïdien comme elle le faisait auparavant par le conduit auditif.

Pour juger la valeur de cette expérience je ne perdis pas de vue la perte de résistance des tissus organiques après la mort.

Je crois que cette contre-épreuve suffira à compléter la démonstration de la rareté des mastoïdites en relation avec les otites moyennes suppurées.

SUR L'HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE PHARYNGÉE

PAR **G. GRADENIGO** (clinique oto-rhino-laryngologique
de Turin) (1).

L'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne, constituant les *végétations adénoïdes* rhino-pharyngiennes a été cette année l'objet d'études à ma clinique.

Les rapports entre l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et l'hypertrophie des autres amygdales ont été étudiés par le Dr A. Ricci (Trévise); la fréquence de cette affection chez les enfants normaux et arriérés est encore actuellement examinée par le Dr C. Biaggi (Milan); enfin la partie histo-pathologique a été étudiée par le Dr A. M. Luzzatto dans le laboratoire du Prof. Bizzozero. Les résultats des observations de ces divers auteurs seront publiés ultérieurement.

J'ai porté tout spécialement mon attention sur les signes cliniques et la technique opératoire; je me bornerai à signaler ici quelques-uns des points me semblant les plus importants.

Avant tout j'insisterai sur la fréquence, à Turin, de cette affection chez les enfants âgés de moins de 15 ans, fréquence bien supérieure à celle qu'admettaient les spécialistes il y a quelques années, et c'est ainsi que s'explique la répugnance qu'inspire aux classes instruites l'intervention opératoire. On remarquera que cette ablation effectuée avec les perfectionnements de la clinique moderne est bénigne dans la plupart des cas et qu'elle fournit de brillants résultats.

Un seul chiffre relevé sur les registres de ma clinique suffira à donner une idée de l'importance de l'hypertrophie de l'amyg-

(1) Communication à l'Académie de médecine de Turin, le 2 juillet 1897.

dale pharyngée dans la pathologie des premières voies aériennes et de l'organe auditif sur les enfants au-dessous de 15 ans qui fréquentèrent durant ces derniers mois la consultation de la clinique et le service otologique de la polyclinique générale, pour les maladies de l'oreille, du larynx et du nez, l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée existait dans 36 % des cas, c'est-à-dire qu'un enfant sur trois en était atteint.

A la dénomination usitée de *végétations adénoïdes*, proposée par les auteurs qui, les premiers, reconnurent cette affection, mieux vaut substituer le terme d'hypertrophie de l'amygdale pharyngée qui correspond plus exactement à la lésion anatomique : ainsi qu'on peut le voir sur divers fragments de tumeur extirpés par moi, il ne s'agit pas de végétations adénoïdes ainsi qu'on le croyait autrefois d'après les parcelles que l'on réussissait à extraire avec des instruments imparfaits, mais d'une hypertrophie *totale* de la glande normale.

Il n'y a pas grand chose à ajouter à la description devenue classique des altérations anatomiques et des troubles fonctionnels s'alliant à l'empêchement ou à la difficulté de respirer par le nez chez l'enfant ; beaucoup de ces symptômes ont été bien résumés dans la description du type adénoïdien (particularités de conformation du nez externe, palais ogival, implantation irrégulière des dents, déformations thoraciques, développement défectueux psychique et physique, hypertrophie des ganglions cervicaux, surdité, pharyngites et bronchites chroniques, etc.). On remarquera pourtant que le type dit adénoïdien n'est pas toujours accompagné d'une hypertrophie de l'amygdale pharyngée, mais qu'en revanche, surtout dans la première enfance, on peut rencontrer une hypertrophie considérable de cette amygdale sans que le malade offre le type adénoïdien. D'autres altérations se rapportant directement à l'hypertrophie sont moins connues, telles le bégaiement (j'en ai vu trois cas), le retard dans le développement du langage jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans, l'énurésie nocturne, tous accidents qui sont susceptibles de disparaître rapidement à la suite de la tumeur et du rétablissement de la respiration nasale.

La plus grande gravité de l'affection en question provient sans contredit des complications auriculaires qui peuvent être

soit catarrhales, soit purulentes. C'est surtout dans les formes catarrhales infantiles que l'influence de l'amygdale pharyngée se fait sentir. Sur 68 enfants du sexe masculin j'ai rencontré l'hypertrophie 47 fois (69,4 %); sur 83 fillettes 58 fois (69,8 %).

Les otites moyennes purulentes s'accompagnent bien moins souvent d'hypertrophies (21 fois sur 103 petits garçons 20 %; 19 fois sur 99 fillettes (19 %). Sur 22 cas d'otite moyenne aiguë se propageant à l'oreille interne, l'hypertrophie existait 8 fois (36 %). On est généralement enclin à croire que l'involution spontanée de l'amygdale hypertrophique, qui la plupart du temps a lieu après 15 ans, suffit à donner un caractère transitoire même aux troubles auditifs secondaires. L'observation clinique démontre, au contraire, que d'un côté l'involution n'est presque jamais totale et que l'hypertrophie laisse subsister une rhino-pharyngite postérieure d'allure chronique et résistante au traitement; et, d'autre part, que l'affection auriculaire existant depuis la première enfance, acquiert dans le long espace de temps qui s'écoule jusqu'à la disparition physiologique de la tumeur, une individualité propre et tend à progresser pour son compte. Telle est la genèse de la surdité progressive, de la sclérose fatale de l'oreille moyenne, du moins dans la majeure partie des cas. Les causes de la sclérose de l'adulte sont les mêmes que celles de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée chez l'enfant, et peuvent se résumer en une diminution de résistance de l'organisme aux agents morbides externes ordinaires, qui devient héréditaire pour tous les membres d'une famille, de même que les autres diathèses: d'autres fois c'est le résultat d'infections chroniques parmi lesquelles on citera en première ligne la tuberculose et la syphilis, qui ont agi sur les ascendants du petit malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

PREMIER CONGRÈS ESPAGNOL D'OTO-RHINO-
LARYNGOLOGIE

(suite et fin).

IV

37. R. BOTEY. — Les injections trachéales de créosote et galaccol dans la tuberculose laryngo-pulmonaire (Publié dans les *Annales*, n° de janvier 1897).

COMPAIRED fait observer que le pouvoir absorbant de la muqueuse respiratoire est connu depuis les expériences de Gubler et que la seringue présentée par Botey est celle dont on se sert ordinairement pour les injections intra-laryngiennes. Il eut été désirable que chez les malades soumis aux injections trachéales créosotées, Botey eut fait des recherches sur le poids, l'appétit, les bacilles, la diminution de la toux, etc., afin de s'éclairer sur la valeur du traitement. C. croit que cette méthode, ainsi que la cure hydro-minérale et les inhalations d'air comprimé imprégné de créosote ou d'autres médicaments améliorent seulement d'une façon passagère les malheureux tuberculeux.

URRUJUELA est d'avis que l'on ne peut pénétrer à l'intérieur du larynx sans cocaïnisation préalable ; il croit que la créosote agit seulement comme antiseptique dans la laryngite tuberculeuse, et que l'estomac ne la supporte pas toujours, au cas où elle serait tolérée le remède sera efficace, U. est plus satisfait de l'acide lactique avec lequel il a obtenu des guérisons temporaires de huit à dix ans. La quantité de liquide injecté devra être minime pour éviter de provoquer des spasmes mettant la vie du malade en danger.

ARRESE est partisan du traitement créosoté à hautes doses dans la tuberculose, ainsi qu'on le pratique par les voies intestinale, gastrique ou hypodermique. Il s'ensuit que le traitement de Botey peut améliorer les malades, mais il nécessite un nombre consi-

dérable d'injections et si elles sont effectuées par la voie cervico-trachéale, A. ne s'explique pas la facilité avec laquelle le malade résiste à ces piqûres répétées et la rapidité de la cicatrisation signalée par Botey. Arrese a employé contre la tuberculose laryngienne un remède qui lui a beaucoup mieux réussi que la créosote ; ce sont des badigeonnages effectués après cocaïnisation avec une solution saturée d'alcool, éther et iodoforme. Cette formule provient de la Revue de Moure.

FORNS dit que Botey explique l'action locale de la créosote sur un poumon tuberculisé, parce qu'il prouve que si le médicament agit sur un tissu mortifié, celui-ci ne réagit pas ; et que s'il agit sur un tissu sain, son épithélium l'empêche de servir de point d'action à la créosote. De plus, F. pense que les injections trachéo-pulmonaires de liquides médicamenteux chez les tuberculeux entravent la respiration et provoquent de vives douleurs.

CASTAÑEDA demande à Botey s'il n'y a pas de danger que le petit tube adapté à l'extrémité de l'injecteur tombe dans la trachée. Il ajoute qu'il n'a retiré aucun bénéfice des injections laryngées d'huile créosotée, pratiquées chez des tuberculeux.

GOMEZ DE LA MATA croit à l'utilité des injections intra-trachéales par lesquelles on peut faire absorber de grandes quantités d'huile de foie de morue.

BOTEY répond :

1° Qu'il n'est pas nécessaire de peser les malades ni de surveiller la disparition des bacilles, à son avis il suffit de constater l'amélioration rapide des malades. En outre, le bacille n'aide pas au pronostic, car certaines tuberculoses limitées sont fertiles en bacilles tandis que des formes graves en renferment peu.

2° B. dit avoir fait des injections trachéales devant de nombreux médecins barcelonais ; il croit que la sensibilité de la muqueuse laryngienne est beaucoup plus prononcée que celle de la muqueuse trachéale.

3° D'après ses observations, B. considère le traitement antituberculeux comme très humain.

4° Enfin B. conclut en disant qu'il n'a rien inventé, mais seulement fait construire les canules qu'il a montrées.

Le traitement de Botey me semble très acceptable en le limitant à l'introduction des médicaments par la voie bucco-laryngienne, en supprimant le tube de gomme de l'extrémité de la canule ou en le fixant de manière qu'il ne puisse tomber dans la trachée. C'est une question d'habileté, de patience, d'anesthésie laryngo-pharyngée et d'expérience que de faire pénétrer la

canule au delà de la glotte sans provoquer de réflexes; on évitera les complications en injectant de petites doses avec une seringue de petit calibre remplie et ajustée à la canule avant d'être introduite dans le larynx et en n'abandonnant pas le miroir laryngien durant l'opération qu'il faudra répéter en évitant de la prolonger au-delà d'une ou deux minutes.

Quant au pouvoir absorbant de la muqueuse trachéale il a déjà été reconnu par Compaired, et l'on sait que depuis assez longtemps les vétérinaires pratiquent des injections médicamenteuses dans la trachée avec de grosses seringues de Pravaz (Réf.).

38. ROQUER CASADESUS. — *Sur le traitement du trachéocèle.* — L'auteur montre deux photographies d'une malade portant une tumeur de la région cervicale immédiatement au-dessous du larynx et en avant de la trachée; la photographie sur laquelle la tumeur est moins volumineuse remonte à dix-huit mois; l'autre est récente.

L'observation a été publiée il y a deux ans environ, et R. la regarde comme le premier trachéocèle décrit dans la littérature espagnole. Il s'agit d'une tumeur produite par une hernie de la muqueuse trachéale due à la rupture des autres parties de la paroi postérieure de la trachée, et qui, par les mouvements expiratoires, s'est insinuée entre la trachée et l'œsophage et s'est accrue jusqu'à se trouver en avant de la trachée et à adhérer à ses parois antéro-latérales et au corps thyroïde.

Au début de l'affection, il y a deux ans, la tumeur se réduisait facilement. Elle gênait peu la malade qui repoussait toute intervention chirurgicale, aussi Roquer lui proposa-t-il, pour la contenir, un appareil qu'il fit construire par un orthopédiste, M. Ramos, et qu'il montre aux Congressistes.

La malade ne porta pas constamment son appareil qui la faisait souffrir, puis elle fut atteinte de bronchites répétées, de toux, et d'autres accidents respiratoires; en même temps la tumeur augmenta de volume, devint irréductible et Roquer proposa l'intervention chirurgicale devant consister en trachéotomie préventive, ouverture et extirpation du sac et suture de la trachée.

COMPAIRED dit avoir vu la malade avant et après le port de l'appareil. Il rappelle des cas analogues publiés par Fischer et Garel et croit qu'il faut faire la même opération que pour la hernie non étranglée.

BOTEY se range à l'avis de Compaired.

URUÑUELA pense que l'inconstance de la malade pour le port de l'appareil doit décider l'opération, mais qu'il n'y a pas urgence ; on suturera aisément la trachée et on obtiendra la guérison complète.

ROQUER espérait, par son appareil, favoriser l'épaississement des parois du sac et l'oblitération de l'orifice de sortie. La malade respirait bien avec l'appareil, mais lorsqu'elle le quittait il lui était impossible de transporter un siège d'une place à une autre. Quant à l'intervention, elle sera résolue suivant les exigences des événements.

FORNS croit qu'il faudrait ouvrir le sac suturé à la peau et établir une fistule trachéale.

ROQUER est opposé à l'opinion de Fornes.

Il vaudrait mieux selon moi, pratiquer l'opération au plus tôt (Réf.).

39. URUÑUELA. — **Simplification de la trachéotomie.** — U. trouve que dans la plupart des cas la crainte de la trachéotomie n'est pas justifiée et il la recommande lorsque la glotte a le tiers de son calibre ordinaire. La région anatomique n'offre aucune difficulté lorsqu'il n'existe pas d'anomalies organiques, et que, d'autre part, les pneumonies infectieuses consécutives à l'opération proviennent toujours de la pénétration du sang par la plaie trachéale quand celle-ci est petite, mais l'auteur n'en a jamais vu chez ses opérés. Comme instruments, U. emploie un bistouri et une canule de Krishaber. Il sectionne la peau et les fibres sous-jacentes ; puis anesthésie la plaie avec de l'ouate imbibée d'une solution de cocaïne à 10 % mélangée de résorcine ; ensuite il sépare les parties molles jusqu'à la trachée ; lorsqu'elle est découverte, il ouvre au bistouri un œillet qui intéresse deux ou trois anneaux et que l'on obture immédiatement avec l'index gauche en introduisant la canule que l'on ne retirera pas avant 8 ou 10 jours et qui ne sera pas recouverte de gaze ; il faudra simplement la nettoyer.

U. effectue de préférence la trachéotomie inférieure.

CASTAÑEDA ne croit pas que les broncho-pneumonies consécutives aux trachéotomies soient dues à la chute du sang dans la trachée ; mais il est malaisé d'obturer avec l'index l'orifice trachéal. C. emploie la canule à mandrin de Péan.

CISNEROS dit que dans certains cas on peut recourir au procédé

d'Uruñuela, mais dans d'autres on ne peut intervenir de cette façon, faute d'une canule aseptique de Krishaber ; dans les cas non urgents on procédera avec lenteur, couche par couche, en liant les artères, selon toutes les règles de la bonne chirurgie. La manière de faire d'Uruñuela n'est acceptable que dans les cas urgents. Parfois le doigt ne suffit pas pour introduire la canule, il faut se servir des pinces dilatatrices.

LLORENTE fait observer à Uruñuela qu'il ne parle pas des enfants chez lesquels on pratique le plus souvent la trachéotomie. Il demande comment le sang peut donner naissance à des broncho-pneumonies, qui proviennent peut-être de l'ulcération de la paroi trachéale postérieure produite par le frottement continu de la canule. Etant donnée la précipitation avec laquelle on fait la trachéotomie, il est difficile d'appliquer toutes les règles aseptiques et antiseptiques, ce qui explique la fréquence des pneumonies consécutives à l'opération. Il convient d'étudier la simplification de l'intubation, car la trachéotomie ne peut s'adapter à toutes les laryngites et aux diverses conformations de la trachée.

BOTEY est d'avis que la trachéotomie ne peut se simplifier car c'est une opération parfaitement réglée et qu'Uruñuela propose de revenir au temps de Trousseau en ouvrant la trachée d'urgence ; il ne faut pas ouvrir la trachée tant qu'il y a du sang au fond de la plaie, car avant tout il faut éviter la chute du sang dans la trachée en se servant des pinces de Péan ; suivant Botey, la véritable simplification de la trachéotomie serait la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne qu'il préfère à la trachéotomie pour les adultes et les adolescents de 13 à 15 ans, à condition que les lésions ne soient pas sous-glottiques. Dans cette région qui ne contient pas trop de vaisseaux et où l'on rencontre un espace inter-cartilagineux plus vaste que celui que décrivent d'habitude les chirurgiens et anatomistes, on appliquera une canule de 8 à 9 millimètres de diamètre, et pour respirer il suffira d'une plume semblable à celles dont on se sert pour nettoyer.

PINILLA dit que pour choisir entre la trachéotomie et l'intubation, il faudrait que ces opérations fussent l'objet d'une comparaison exacte en les effectuant sur les mêmes sujets ou sur des malades ayant le même âge, le même tempérament ou une même constitution, ainsi que de l'analogie entre le larynx et la trachée et souffrant tous de la même affection ; d'autre part, il est certain que le Dr Uruñuela est aussi habile à trachéotomiser que Llorente à tuber ; mais les spécialistes doivent aspirer à être habiles dans les deux méthodes en n'oubliant pas que ces inter-

ventions d'urgence ne peuvent être faites avec incertitude.

FORNS croit opportun de rappeler la première trachéotomie pratiquée au siècle dernier, à Santander, par Virgile, qui rendit ainsi la vie à un soldat atteint d'une affection aiguë de la gorge. Les trachéotomies forment deux groupes : 1^o celles qui sont urgentes et pour lesquelles on emploie un instrument tranchant quelconque, et si l'on n'a pas de canules on peut utiliser deux épingles à cheveux que l'on recourbe pour séparer et dilater la plaie trachéale ; Uruñuela ne s'occupe pas de ce moyen, inutile quand on effectue la trachéotomie en un seul temps ; 2^o lorsqu'il n'y a pas urgence, la simplification d'Uruñuela est indiquée ; mais il n'existe pas de simplification technique, quoique dans ces dernières années on ait voulu élever au rang d'opération spéciale, complète et délicate, la trachéotomie qui est presque une opération de petite chirurgie élémentaire qui peut souvent ne donner lieu à aucune hémorrhagie, et en effet, récemment on a compliqué les temps et la technique de l'opération d'une façon très préjudiciable au malade. D'où il résulte, suivant Fornes, que la simplification proposé par Uruñuela ne facilite pas sensiblement le procédé classique et qu'elle constitue une superfluité. Quant à l'emploi de l'index de la main gauche, en dehors des avantages exposée par Uruñuela, il empêche la perte du parallélisme entre la plaie cutanée et trachéale.

CALATRAVEÑO se déclare partisan des idées d'Uruñuela, et il demande aux spécialistes si la trachéotomie est indiquée chez les cancéreux et les tuberculeux, car il a vu des malades de ces catégories succomber immédiatement après l'opération.

COMPAIRED dit qu'il faut être habile tant pour trachéotomiser que pour tuber ; et qu'il faut intervenir dans toute sténose laryngienne, quand le malade asphyxie, lors même que la mort serait prochaine car l'opération lui procurera toujours quelques heures de tranquillité.

URUÑUELA ne prétend pas avoir rien inventé, il a seulement rapporté sa manière de faire. Il a vu beaucoup de trachéotomisés exposés au froid et à de brusques variations atmosphériques sans contracter de broncho-pneumonies ; mais en échange la chute du sang dans la trachée en détermine. Il est préférable de se servir des canules à mandrin que du doigt.

On emploiera toujours les pinces dilatatrices, mais en cas d'urgence on se contentera d'un bistouri et d'une canule.

U. s'est occupé de la trachéotomie en général, tant pour l'adulte que pour l'enfant. Sans doute la mortalité est plus élevée

chez les enfants, mais c'est à cause de la gravité de l'affection pour laquelle on est intervenu. Le sang est un milieu de culture pour les microbes de la pneumonie.

C'est seulement dans les cas très urgents que l'on pratique la trachéotomie en un temps, car on pourrait toucher un anneau trachéal si le bistouri déviait à droite ou à gauche et ainsi blesser la paroi postérieure de la trachée.

Chez les tuberculeux et tous les malades graves, on retirera peu de bénéfice de la trachéotomie, aussi vaudra-t-il mieux y renoncer.

En résumé, la trachéotomie devra être pratiquée comme on pourra avec toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie en suivant les indications des traités classiques. Quant à la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne elle offre le danger de léser l'artère laryngée inférieure qui chemine dans l'espace crico-thyroïdien (Réf.).

40. PEREZ MORENO (Madrid). — **Le sulfure de calcium dans la pharyngite exsudative.** — L'auteur commence par soutenir que toutes les pharyngites chroniques sont diathésiques et que, de même que l'on recherche la syphilis et la tuberculose, il faut incriminer l'arthritisme.

Aussi faudra-t-il, dans toutes les pharyngites chroniques, associer le traitement local au traitement général.

Dans les pharyngites arthritiques, l'auteur a employé avec succès pendant deux longs mois le sulfure de calcium à l'intérieur à la dose de 4 centigrammes par jour et des attouchements locaux avec des glycérolés alcalins.

La préférence pour le sulfure de calcium est basée sur l'action fluidifiante exercée par cette substance sur les exsudats muqueux de certaines inflammations des bronches et d'autres points de la muqueuse aérienne.

CASTAÑEDA fait observer à Perez Moreno que s'il attache tant d'importance à l'état général dans la production des pharyngites, il a négligé de mentionner l'existence des pharyngites diabétiques si bien décrites par Garel, de Lyon, qui a eu l'idée d'examiner les urines dans certaines pharyngites rebelles.

CISNEROS demande à Perez Moreno s'il croit que le sulfure de calcium agit sur toutes les dyscrasies ou sur toutes les pharyngites dyscrasiques, ou si les pharyngites chroniques obéissent exclusivement à une seule dyscrasie ; et si toutes les pharyngites

chroniques ont une origine dyscrasique, on admettra la nécessité d'employer d'autres moyens anti-dyscrasiques.

PEREZ MORENO répond qu'il a examiné l'urine de deux de ses malades atteints de pharyngite sèche ; l'un d'eux perdait de la glucose et l'autre non ; aussi ne doit-on pas admettre exclusivement l'opinion de Garel.

On n'emploiera le sulfure de calcium que chez les scrofuleux atteints de pharyngites chroniques.

Les pharyngites dépendent de causes diverses, entre autres de l'arthritisme, aussi faudra-t-il toujours recourir d'abord à la thérapeutique anti-dyscrasique avant d'employer le traitement local (Réf.).

41. ARRESE (Bilbao). — **Syphilis héréditaire tardive et végétations adénoïdes.** — L'auteur se borne à rapporter l'observation d'un enfant de 9 ans, porteur de végétations adénoïdes, que l'on opéra en l'anesthésiant par le bromure d'éthyle.

L'opération fut pratiquée avec l'antisepsie la plus rigoureuse et suivie de soins minutieux ; toutefois Arrese fut rappelé par la famille et découvrit chez l'enfant une profonde ulcération du pharynx nasal coïncidant avec une rhinite chronique déjà ancienne et une otite moyenne et myringite unilatérale. Soupçonnant une hérédité syphilitique, A. questionna les parents et apprit que la mère avait fait deux fausses couches de trois mois, et qu'étant étudiant le père avait souffert d'un chancre et d'ulcérations buccales consécutives qui furent qualifiées de syphilis bénigne par un médecin consulté, et qui disparurent en deux mois par l'absorption de quelques pilules.

De ces faits, Arrese déduisit qu'en dehors de l'affection adénoïdienne, l'enfant était atteint de syphilis héréditaire et il obtint la guérison en alliant le traitement ioduré à l'antisepsie naso-pharyngienne.

Tenant compte des indications de Lermoyez, l'auteur déduit que chez tout adénoïdien il faut rechercher avant l'opération la tuberculose ou la syphilis ; car dans le premier cas il vaut mieux ne pas intervenir et recourir au traitement médical et dans le second cas on soumettra le malade à la thérapeutique anti-syphilitique avant d'opérer.

COMPAIRED est opposé à l'opération des végétations sous l'anesthésie complète parce que l'extirpation étant rapide et indolore, l'anesthésie locale suffit ; l'anesthésie par le bromure d'éthyle

ou le chloroforme n'étant pas exempt de danger quand on opère sur le pharynx, on court le risque de voir tomber du sang dans le larynx et des accidents mortels peuvent survenir ; enfin l'anesthésie générale demande plus de temps que celui dont on peut disposer dans les consultations.

URCÚEULA ne trouve rien de particulier à la coïncidence des végétations et de la syphilis ; bien que la complication signalée par Arrese puisse s'attribuer à la syphilis, elle est très probablement due à une infection produite par l'air pénétrant dans le pharynx à travers les fosses nasales ou la bouche ; de plus, le traitement employé par Arrese n'implique pas l'infection puisqu'on se servait d'antiseptiques. U. a rapporté des cas analogues, et quant à l'anesthésie il l'admet locale et générale, mais l'hémorragie étant minime et la douleur presque nulle, il incline à adopter l'opinion de Compaired.

G. ALVAREZ croit que les spécialistes, tant espagnols qu'étrangers, abusent de l'ablation des végétations ; comme médecin d'enfants il en a vu de nombreux cas, et parfois la simple compression digitale de la végétation a suffi à la détruire ; d'autres fois le même résultat a été obtenu par des cautérisations au nitrate d'argent à 30 %, à condition, bien entendu, que les végétations ne fussent pas volumineuses. Enfin les enfants sont rarement syphilitiques, à moins qu'ils n'aient été contagionnés par la mère.

ROQUEN respecte la compétence de G. Alvarez dans la pédiatrie, mais il est d'avis que les végétations guérissent spontanément chez beaucoup d'enfants ; toutefois en entretenant du catarrhe naso-pharyngé, des laryngites. Mais souvent les enfants adénoïdiens offrent une physionomie stupide qui les dénonce, de l'obstruction nasale et la bouche ouverte.

Fréquemment R. a retiré son doigt teint de sang après l'avoir introduit dans le pharynx et a reconnu l'existence d'adénie, épistaxis, stridulisme et aпроsexie ; dans ce dernier cas on aura recours à la pince de Loewenberg. Quant à la syphilis héréditaire, il règne à propos de cette question une véritable anarchie.

ARRESE répond que le choix des anesthésiques est affaire de goût et d'habitude. Il avait songé d'abord à une infection secondaire, mais le diagnostic syphilitique a été confirmé en raison du caractère de l'ulcération, de l'antisepsie scrupuleuse observée durant l'opération, des douleurs à la nuque, des antécédents du père, des deux fausses couches de la mère et de l'amélioration survenue trois ou quatre jours après le début du traitement ioduré.

On s'aperçut de la propagation tubaire de l'inflammation pharyngienne par la production d'une otite moyenne. Certainement, on abuse de l'opération chez les enfants adénoïdiens, et en tout cas on s'abstiendra d'intervenir lorsqu'on soupçonnera la tuberculose.

Je me rallie aux idées de Compaired sur l'anesthésie, d'Uruñuela sur la genèse de la maladie et de Roquer sur le traitement (Rapp.).

42. BOTELLA (Madrid). — **Syphilis buccale et pharyngo-laryngienne soumise à la cure thermale mixte.** — Travail divisé en deux parties :

1^o Analyse des manifestations syphilitiques de la muqueuse buccale, pharyngée et laryngée ; faisant abstraction du chancre initial rare, comme on sait, B. examine successivement l'amygdalite aiguë et hyperplasique, l'exanthème ou l'érythème, le psoriasis lingual, la leucoplasie, etc.

2^o D'après des observations recueillies aux eaux d'Archena, l'auteur dit que les affections syphilitiques buccales disparaissent rapidement par l'emploi combiné du traitement balnéothérapique et de la médication mercurielle. De concert avec Enriquez, B. a employé des frictions cutanées d'onguent mercuriel double (6, 8, 10 et 12 grammes par jour) sans avoir eu d'accident, excepté dans un cas où survint de l'eczéma sur les parties frictionnées, mais il s'agissait d'une peau atrophiée par des ulcérations syphilitiques antérieures. Lorsqu'on ne dépasse pas les doses ci-dessus énoncées on n'a aucun incident à redouter. Botella attribue l'amélioration au traitement mercuriel associé avec les bains sulfureux qui activent les fonctions de la peau et l'eau prise en boisson qui excite la sécrétion rénale.

L'auteur ajoute que même lorsqu'il se forme du sulfate de mercure, il est indiscutable qu'il est absorbé, ainsi que l'enseigne l'expérimentation (application cutanée d'une pommade mercurielle suivie de stomatite) ; les résultats ont été meilleurs et plus rapides quand l'affection buccale était arrivée à l'état aigu ; dans les leucoplasies rebelles prédisposant au cancer, on procédera au grattage de tout l'épiderme malade avec une curette après anesthésie locale ; on aura besoin de plusieurs séances suivies d'applications de résorcine à 50 %.

PINILLA aurait désiré que Botella s'étendit davantage sur l'histoire de son procédé, que l'on attribue généralement à Four-

nier, bien qu'il ne croit pas qu'il soit de lui. Pour appuyer son dire, P. rappelle qu'au dernier Congrès espagnol d'Hydrologie, on lut une communication sur les adjuvants et compléments du traitement hydro-minéral, et qu'il intervint dans la discussion en disant que, bien avant que Fournier se fût occupé du sujet, on employait ce traitement à Archena, en alliant les frictions mercurielles aux eaux sulfureuses.

BOTELLA a seulement employé à Archena les remèdes indiqués dans son mémoire, les malades refusant de se soumettre à tout autre traitement et surtout aux injections hypodermiques.

43. ENRIQUEZ (Archena). — **Relations de l'arthritisme avec les affections du naso-pharynx et des bronches. Nécessité d'étendre le champ de la spécialité aux maladies de l'appareil respiratoire.** — 1^o Bref historique de l'arthritisme. Autrefois on le considérait comme synonyme de prédisposition rhumastismale; le gouteux ne comptait pas parmi les arthritiques car on ne le croyait pas prédisposé aux rhumatismes, mais rhumatisant effectif. Auparavant on confondait l'arthritisme et la goutte sous le nom de diathèse rhumastismale, et antérieurement à ces deux opinions, on envisageait l'herpétisme et le rhumatisme comme une seule entité nosologique d'origine commune, caractérisée principalement par l'acidité particulière du sang. Plus récemment on a séparé l'herpétisme, le rhumatisme et la goutte.

2^o E. trouve qu'il existe une certaine confusion à propos de l'aspect clinique de l'arthritisme; il faut surtout se baser sur les expériences et la clinique; d'après les opinions de Trousseau et Olavide confirmées par la théorie moderne de Bouchard et ses propres observations, l'auteur déduit que l'arthritique est un diathésique héréditaire ou bradiotrophique; un sujet de tempérament morbide caractérisé par l'amortissement de la nutrition et qui peut devenir rhumatisant, gouteux, polysarcique, urémique, diabétique, lithiasique, catarrheux ou scléreux sans conditions d'âge ni influence spéciale.

3^o L'arthritique est toujours exposé aux congestions et aux catarrhes de l'appareil respiratoire.

L'auteur étant absent, sa communication fut lue par Compaired.

Avec la conception moderne de l'arthritisme et depuis les magistrales publications de l'éminent Prof. Bouchard on voit s'étendre le périmètre nosologique de cette dyscrasie, mais il faut se garder de tomber dans l'exagération et de tout rapporter aux affections arthritiques (Rapp.).

44. R. PINILLA. — Affections réflexes du nez, de la gorge et de l'oreille chez les enfants. — Conclusions :

1° La différence de texture de tissu nerveux de l'enfant comparé à celui de l'adulte explique la fréquence de certains réflexes chez les enfants.

2° La confirmation de l'opinion des histologistes, les frères Cajal, au sujet de la névrose comme isolateur des courants nerveux expliquerait l'abondance des réflexes dans l'enfance.

3° Cette abondance de réflexes d'origine diverse plaide en faveur de l'existence d'un centre laryngé spécial qui expliquerait le spasme laryngien ou stridulisme.

4° La plupart des réflexes de l'oreille, du larynx et du pharynx sont dus au rachitisme. D'autres réflexes sont produits par des causes mécaniques, telles que les corps étrangers auditifs qui provoquent la toux.

5° Souvent l'infarctus des amygdales disparaît seulement par la croissance. A moins que la phonation ne soit entravée on aura recours au traitement général avant d'employer le traitement chirurgical.

6° Avant que les troubles objectifs révèlent le rachitisme il se manifeste par des réflexes exagérés de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.

7° Les déformations thoraciques attribuées par Capart aux obstructions respiratoires chroniques (végétations adénoïdes) constituent une exagération, car les réflexes n'amènent pas de lésions organiques, sinon à la suite d'altérations vaso-motrices, et la thèse de Capart paraît confondre les effets du rachitisme avec l'acte réflexe. On peut dire la même chose des affirmations de Bronner à propos de l'influence de l'obstruction nasale sur l'asthme organique.

COMPAÏRED dit que d'après le travail de Pinilla on peut déduire que le rachitisme est la cause la plus fréquente des phénomènes réflexes chez les enfants. Il croit que certaines maladies infantiles telle que l'hypertrophie amygdalienne, les végétations adénoïdes, etc., peuvent engendrer le rachitisme et ainsi provoquer directement ou indirectement des réflexes naso-pharyngo-laryngiens.

PINILLA fait observer que chez certains enfants la première période du rachitisme aide au développement intellectuel et cérébral, au point que lorsque le rachitisme est guéri ou amélioré, le sujet atteint l'âge adulte en conservant une intelligence supé-

rieure à la moyenne des enfants qui n'ont pas été rachitiques.

FORNS ne comprend pas le mécanisme exposé par Pinilla qui dit qu'un enfant bien conformé anatomiquement peut souffrir d'une affection naso-pharyngée quelconque (hypertrophie amygdalienne, végétations adénoïdes, etc.) et devenir rachitique à la longue. L'irritation primitive (affection naso-pharyngienne) au moment d'atteindre les centres nerveux se manifeste par une sorte d'hypernutrition ou de travail excessif de la cellule nerveuse.

CASTAÑEDA ne s'explique comment le rachitisme peut donner lieu à des réflexes qui ne peuvent être motivés que par un coryza ou quelques lésions naso-pharyngiennes.

PINILLA répond qu'il n'est pas surprenant que les végétations adénoïdes provoquent des réflexes en comprimant les voies de ces phénomènes ; et qu'il considère les végétations comme un trouble trophique dû au rachitisme. P. croit que certaines causes internes engendrent des réflexes, par exemple le rachitisme, mais il admet qu'un coryza ou des accidents intestinaux puissent passer inaperçus chez un enfant rachitique.

Le rapporteur est d'accord avec Pinilla pour les conclusions de son mémoire.

45. BOTEY. — Photographie d'un siège oto-rhino-laryngoscopique. — 1° La chaise est élevée au minimum de 60 centimètres au-dessus du sol et peut, au moyen d'une pédale pneumatique, atteindre 90 centimètres. Cette disposition permet d'examiner le malade assis tandis que le médecin reste debout, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes.

2° Le diamètre antéro-postérieur du siège est de 33 centimètres, ce qui oblige le malade à se tenir droit.

3° Le meuble tourne horizontalement, de même que l'appui-tête que l'on peut manœuvrer à volonté de manière à examiner successivement les oreilles, le nez et la bouche, sans que les mouvements de rotation durent au-delà de quelques secondes.

4° Les pieds peuvent être descendus ou remontés.

5° La base est large et formée de quatre pieds arrondis en boules limitant les angles d'un carré de 60 centimètres de côté. Ces pieds sont larges et épais, ce qui donne de la solidité au siège sans gêner le malade ni le médecin.

6° Le malade s'élève à la hauteur voulue, à l'aide d'une pédale mue par une crémaillère.

7° La descente s'effectue au moyen d'une pompe à huile qui

se vide en posant le pied sur une chaînette unissant la pédale à un volant qui ouvre une valve interne, mécanisme qui n'est pas neuf et qu'utilisent aujourd'hui les constructeurs pour les tables d'opérations modernes.

8° Le dos de la chaise est fixe, mais l'appuie-pieds et deux coussinets postéro-latéraux formant l'appuie-tête se meuvent en tous sens.

9° Le siège est en fer peint et bronze nickelé avec garniture de cuir frappé.

10° Il pèse 3 quintaux.

11° Son prix est de 700 piécettes (J. Sala, constructeur, 3, Estruch, Barcelone).

COMPAIRED et FORNS conviennent de l'utilité de ce siège, mais son mécanisme compliqué en rend le prix trop élevé. D'autre part, une chaise quelconque peut rendre les mêmes services à condition de changer la lumière de place ou de s'aider de divers moyens auxiliaires.

46. PINILLA. — Applications du phonographe d'Edison au diagnostic de certaines affections thoraciques et laryngées. — Quelques difficultés survenues pour l'installation des appareils, au moment où l'auteur allait démontrer ses études phonographiques de technique exploratrice, firent que les expériences eurent lieu au domicile privé de Pinilla devant une commission formée des D^{rs} Uruñuela, Rueda, Compaired, Forns et Horcasitas.

Dans son laboratoire médico-phonographique, P. nous démontra clairement, au moyen de trois appareils différents (deux phonographes Edison de modèles divers et un graphophone), la toux d'un emphysémateux avec bronchiectasie, celle d'un coquelucheux, celle d'un tuberculeux et la voix de plusieurs malades atteints de maladies du larynx que l'on percevait sur des cylindres précieusement conservés par Pinilla.

On percevait distinctement le son et le timbre de la voix, bien qu'en s'imprimant sur les cylindres ils subissent de légères modifications que l'auteur espère surmonter dans l'avenir.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

*Séance du 9 décembre 1896.**Président : M. F. SEMON.*

1. **Mc BRIDE.** — **Spécimen de tumeur graisseuse de l'épiglotte.** — Le malade, âgé de 41 ans, a remarqué depuis six mois un bruit spécial en respirant. Bientôt survint une difficulté de la déglutition qui s'accompagnait d'un bruit particulier. L'examen montre une tumeur rose pâle, arrondie derrière la langue, insérée sur l'épiglotte. L'anse de Jawis ne suffisant pas, la tumeur fut enlevée avec des ciseaux et le pédicule rasé au galvano-cautère. L'examen histologique démontra que c'était un fibro-lipome. Pendant huit ans le malade ne ressentit plus rien puis les symptômes reparurent et on constata la présence d'une nouvelle tumeur rosée élastique bouchant le larynx, son pédicule était très vasculaire. Elle fut enlevée avec l'anse galvanique.

2. **Mc BRIDE.** — **Photographies d'une destruction rapide du nez et de la face.** — Peintre de 28 ans, a eu la chaude-pisse trois ans au paravant, pas de signes de syphilis. En décembre, il s'écorche la narine gauche avec son doigt. A partir de ce moment, démangeaisons et douleurs, la peau gonfle. En janvier 1896 on constate sur l'aile du nez la présence d'une ulcération grande comme une pièce de six pence. L'examen n'y révèle pas de bacilles de Koch. Le malade est mis à l'iodure, l'ulcération lavée à l'acide borique, trois mois après l'état est pire. L'ulcération a un aspect érysipélateux et s'étend sur la joue et la paupière inférieure ainsi que dans l'intérieur du nez où elle rase le cornet moyen. Le Dr Semon qui vit alors le malade en fit une syphilis primaire. Frictions mercurielles sans résultat.

Le Dr Milligan fit une inoculation à un cobaye, sans résultat. On essaya alors les caustiques, nitrate acide de mercure, potasse, thermo-cautère, ablation au bistouri, et les frictions mercurielles furent continuées. Résultat nul. Les progrès du mal sont accompagnés de grandes élévations de température (type septicémique) avec œdème de la face et des paupières, depuis quelques temps les oscillations thermiques sont moins fortes.

Le Dr Unna (de Hambourg) vit le malade en juillet et considéra le cas comme une syphilis tertiaire maligne. Il prescrivit l'iodure et la quinine et le traitement de l'ulcère à l'eau oxygénée. Des cultures sur agar tentées de nouveau, tant avec le liquide de l'ulcère qu'avec celui d'une hydrocèle intercurrente, donnèrent des cocci et des bacilles. L'ulcération continua sa marche envahissante. Le malade mourut le 18 septembre.

L'autopsie, outre la destruction très étendue des parties molles, montra une endartérite qu'on pensa d'origine syphilitique. Cependant les antécédents de ce malade sont contre cette hypothèse. Le Dr Muir, anatomiste de l'infirmerie royale, dit que les lésions ne correspondent à aucun type connu.

SEMON. — Cela pourrait être un chancre phagédénique.

SPENCER. — Ce cas ressemble à ceux décrits par James Paget chez les enfants sous le nom de charbon de la lèvre. L'hypothèse de chancre phagédénique doit être exclue à cause de l'absence de gonflement des ganglions.

BRONNER a vu des cas semblables sur les yeux des enfants.

HILL demande si le malade a vécu assez longtemps pour que les symptômes secondaires d'une syphilis extraordinairement résistante à l'influence du mercure aient pu apparaître.

Mc BRIDE. — La noma et la syphilis ont été attentivement recherchées sans résultat.

3. Mc BRIDE. — **Corps étranger du nez.** — Ce corps qui était depuis dix ans dans le nez de la malade avait la forme d'une arête pointue. Mais il est impossible en présence de ce rhinolite de dire si c'est un fragment d'os nécrosé ou un corps étranger qui lui a servi de noyau.

4. LOGAN TURNER montre les pièces anatomiques et les préparations microscopiques d'un **papillome de la cloison du nez**. Survenue chez un homme de 52 ans, la tumeur bouchait complètement les deux narines. Le professeur Annandale, par une incision des parties externes, découvrit complètement la tumeur, la disséqua des parties voisines, cloison et muqueuses, et l'enleva avec une portion de l'os. Trois mois après, il n'y avait pas trace de récurrence, et le patient respirait librement.

5. BALL montre un homme de 33 ans, entré au West London Hospital le 28 novembre avec une douleur dans la partie gauche

de la gorge et de la dysphagie. Il attribuait ses symptômes à la présence d'une arête de morue qu'il avait avalée dix mois auparavant et qui avait occasionné pendant deux jours des douleurs dans la gorge, puis rien, jusqu'à ces trois derniers mois où la douleur avait reparu et augmenté. Le pilier gauche du voile du palais est épaissi, et la moitié gauche du voile immobile. Sur l'amygdale gauche, petite ulcération conduisant à une cavité profonde de 2 à 3 millimètres. Avec le doigt, on sent toute cette région indurée. L'épiglotte est rouge et très épaissie, surtout du côté gauche, ainsi que toute la partie gauche du larynx. Les ganglions sous-maxillaires de ce côté sont gonflés et légèrement douloureux. Il a des antécédents tuberculeux, mais aucun signe dans les poumons.

HAVILLAND HLAL. — L'aspect de l'ulcération et du larynx permet de conclure à l'origine tuberculeuse de la lésion.

DUNDAS GRANT pensait tout d'abord à un épithélioma, l'examen du larynx exclut cette idée.

BALL. — L'aspect du larynx fait, en effet, penser à la tuberculose, mais l'intérêt de ce cas est dans l'état du pharynx et dans le mode de début que lui attribue le malade.

6. HERBERT TILLEY montre un rétrécissement sous-glottique, d'origine syphilitique, chez une femme de 38 ans.

7. PARKER. — **Ulcération du pharynx.** — J. L., 23 ans, a eu de fréquentes angines, la dernière il y a quinze jours. L'examen montre une otite gauche, une rhinite chronique, hypertrophie et rougeur des amygdales et du tissu adénoïde du pharynx. Larynx normal. Pas de signes ni d'antécédents de syphilis, poitrine normale. Au bout de cinq semaines, amélioration, amygdalotomie qui guérit rapidement.

Quatre mois après, la gorge est de nouveau malade. On trouve une ulcération siégeant sur le naso-pharynx et les moignons des amygdales. Une semaine après, l'ulcération s'étendait au nasopharynx, spécialement autour de la trompe d'Eustache, à l'amygdale droite et au côté droit du palais. On ne pouvait songer, dans ces conditions, à l'ablation des végétations. L'ulcération donnait si bien à ce moment l'impression d'une syphilis secondaire ou tertiaire prématurée, que le traitement iodo-mercuriel fut institué.

En mai, les végétations furent enlevées. L'état de la gorge em-

pira, l'ulcération envahit le côté droit du pharynx, le voile du palais, la luette, et la suppuration devint telle que tout examen net fut impossible.

La malade avait des maux de tête, un état subdélirant la nuit, et une température montant à environ 101°F. Cela ne pouvait être attribué à l'état de l'oreille qui allait bien. Traitée alors par l'hypophosphate de chaux à l'intérieur, et localement par l'acide lactique, la maladie eut des alternatives de haut et de bas, l'état de l'amygdale et du palais s'améliora, celui du naso-pharynx devint pire.

A l'heure actuelle, on peut voir la destruction du voile du palais et de la luette. Le pilier postérieur droit est très épaissi, œdémateux, parsemé de taches jaunâtres, et immédiatement en arrière, dans les narines postérieures, on voit une masse rouge. Le pilier postérieur gauche et l'amygdale sont aussi épaissis. L'épaississement s'étend jusqu'à la région glosso-épiglottique qui est le siège d'une ulcération qui va jusqu'au pharynx.

Hier, pour la première fois, on a remarqué une petite ulcération à bords œdémateux sur le côté gauche de la cloison nasale, en face le bord du cornet moyen.

Mc BRIDE pense que c'est un cas de syphilis tertiaire.

GRANT penche pour un empyème du sinus nasal, le délire présenté par la malade permet cette hypothèse.

PARKER rappelant que l'affection du nez est postérieure au délire. Il la croit d'origine tuberculeuse.

8. HAVILLAND HALL présente un cas d'œdème des aryténoïdes.

TILLEY. — Les signes présentés par ce malade sont identiques à ceux de celui qui fut montré à la précédente séance, et auquel on dut faire la trachéotomie.

NEWMAN demande s'il n'avait pas d'albumine et si l'aspect de la gorge n'était pas celui du mal de Bright.

Mc BRIDE. — Ce cas rappelle les œdèmes d'origine rhumatismale, il en diffère par la couleur.

SEMON préconise les injections de pilocarpine.

HALL. — Le malade n'avait pas d'albuminurie.

9. DUNDAS GRANT et RICHARD LAKE. — Kyste pré-épiglottique, coupe microscopique. — Femme mariée, de 30 ans, se plaignant de fréquentes douleurs de gorge, de perte du goût et de la voix,

de dysphagie. Ces douleurs sont réveillées par les causes les plus minimales, comme l'exposition à la fumée de tabac.

L'examen montre, sur la moitié droite de l'épiglotte, une masse raboteuse, rouge, de granulations sessiles, sur le sommet de laquelle on distingue une tache jaune brillante. Tous les tissus environnants sont noyés dans le tissu lymphoïde hypertrophié de l'amygdale linguale, mais on sent avec le stylet que la tumeur est attachée à l'épiglotte. Enlevée avec le forceps de Makenzie, cette tumeur, grosse comme un raisin de corinthe, a été soumise à l'examen de M. Lake.

Tous les symptômes ont disparu, ce qui prouve combien, chez un sujet nerveux, une tumeur insignifiante de l'épiglotte peut troubler la santé.

M. Lake pense que c'est un kyste par rétention dans une crypte de l'amygdale linguale.

10. BOUD. — **Epaississement sur le palais.** — Jeune fille de 28 ans, qui a depuis neuf mois, sur le bord postérieur du palais, une tumeur à trois divisions, pâle et sensible au toucher, longue d'environ un demi-centimètre. Il s'agit probablement d'une exostose.

11. BOUD. — **Tumeur de l'extrémité supérieure de l'œsophage.** — Cette tumeur qui, depuis un mois, provoquait de la difficulté dans la déglutition, fut enlevée avec l'anse froide. L'examen microscopique révéla un fibrôme.

12. SPENCER. — **Excision du larynx et des deux premiers anneaux de la trachée pour un sarcome du périchondre du cartilage cricoïde.**

13. LAMBERT LACK. — 1° **Extirpation totale du larynx, pour épithéliome à cellules squameuses** (pièces et malade). — Le malade, âgé de 58 ans, souffrait depuis deux ans d'enrouement. La tumeur avait complètement envahi la corde vocale et la bande ventriculaire droite, les deux tiers de la corde vocale gauche, et s'étendait jusqu'au premier cartilage de la trachée. L'opération fut pratiquée le 15 août dernier, sans trachéotomie préliminaire. Dès le premier jour, la malade put avaler et respirer sans difficulté, et, au bout de quinze jours, se lever. Elle est actuellement bien portante.

2^e Extirpation du larynx, d'une portion de la paroi antérieure du pharynx, de la partie postérieure de la langue et des ganglions du cou, pour épithéliome à cellules squameuses. — Homme de 45 ans, atteint depuis seize mois de dysphagie croissante, et depuis quatre mois d'hémorragies fréquentes et abondantes. La tumeur a envahi l'épiglotte, la région aryténoïdienne, la partie antérieure des cordes vocales supérieures, et les régions adjacentes de la langue et du pharynx. L'épiglotte a la forme d'une tumeur ulcérée qui semble se prolonger dans le larynx, qu'on ne peut voir; en haut, la limite supérieure du mal vers la langue est également dissimulée par l'épiglotte ulcérée, épaissie et en partie détruite.

L'ablation du larynx fut faite le 20 septembre, celle des glandes cinq semaines après. Elle avait été précédée d'une pharyngotomie explorative. Le malade fut un moment menacé d'une fistule qu'on pût éviter par le tamponnement et l'alimentation, à l'aide de la sonde œsophagienne. Il semble actuellement en bonne santé.

LE PRÉSIDENT. — Ces cas ouvrent un champ nouveau à l'opération. Mais les délabrements qu'elle produit maintiennent l'obligation pour les laryngologistes du diagnostic aussi précoce que possible.

NEWMANN pense que si le diagnostic n'est pas précoce, mieux vaut abandonner le malade à lui-même.

D^r HALL. — Chez la femme (cas de M. Spencer) la santé s'est grandement améliorée depuis l'opération comme la tumeur était sous-glottique la question du diagnostic précoce n'est pas à poser. Au moment où l'opération fut faite, l'extirpation du larynx était le seul procédé pratique.

SPENCER. — L'opérée a, en effet, retrouvée une bonne santé, avale facilement, cause avec les infirmières et les malades. Cette opération faite dans un but purement palliatif, pourra prolonger la vie de la malade et la rendre confortable pendant des mois.

M. LOCK pense que l'opération était justifiée, car il n'y avait d'autre alternative et là seulement une chance de soulagement.

14. M. BRONNER montre des préparations microscopiques de tumeur tuberculeuse des cordes vocales.

BRIDE. — Dans la littérature allemande Avelès et d'autres ont mentionné des cas semblables simulant le fibrome ou le papillome.

15. **JOBSON HORNE.** — **Fibrome de la narine droite ; préparation microscopique à l'aide d'un procédé ancien permettant un diagnostic rapide.** — La pièce a été traitée suivant une méthode remise en honneur par Kanthack — La pièce est placée dans un tube à expérience avec de l'eau et bouillie pendant une minute et demie. Elle est alors prête pour le microtome. Les sections sont colorées avec l'hématine et montées par les procédés ordinaires. Un quart d'heure suffit. — Les tissus stérilisés par l'ébullition se conservent intacts dans le tube pendant 14 à 36 heures. On peut les conserver plus longtemps en les plongeant dans le liquide de Muller, ou en les traitant par la paraffine.

16. **WATSON WILLIAMS.** — **Obstruction congénitale du canal nasal.** — Homme de 28 ans, qui a depuis sa naissance la narine droite obstruée par un repli cutané situé à la jonction du vestibule et de la narine. Il y a déviation de l'extrémité inférieure du cartilage nasal mais pas d'autres malformations. Pas d'antécédents pathologiques sauf une chute avec expistaxis et déformation du nez. — Aucune des déformations associées signalées par Ziem n'existe chez ce malade.

17. **BOWLBY** montre une tumeur du pharynx.

SCANES SPICER en fait un kyste.

NEWMANN en a vu une semblable il y a deux ans qui était un euchondrome provenant des disques intervertébraux.

LAMBERT LACK pense à la possibilité d'un adénome.

SEWON. — C'est trop dur pour un kyste.

BOWLBY l'enlèvera après Noël, il pense que c'est un fibrome.

L. R. REGNIER.

BIBLIOGRAPHIE

Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil, par
GEORGES LAURENS (*Th.*, Paris, 1897).

Dans ce travail très documenté, l'auteur étudie les rapports anatomiques et physiologiques entre l'oreille et l'œil, puis les réactions pathologiques qui en découlent avec l'analyse des symptômes observés.

Après un parallèle intéressant entre l'organe de l'ouïe et celui de la vue, L. rappelle les rapports anatomiques entre l'oreille et l'œil. Ces rapports sont de deux ordres : les premiers se font par l'intermédiaire du système nerveux ; d'une part, au niveau des noyaux centraux qui établissent une relation directe et bien définie entre le système auditif et l'appareil moteur oculaire ; d'autre part, à la périphérie, grâce à la part considérable que prend le trijumeau à l'innervation commune de l'oreille et de l'œil, et à la distribution du grand sympathique qui envoie ses rameaux aux deux organes. Les seconds rapports anatomiques entre les organes de l'ouïe et de la vision sont accessoires et d'ordre circulatoire.

Cette entrée en matière nous conduit à un long chapitre sur les rapports physiologiques entre l'oreille et l'œil. Les centres d'associations motrices des mouvements coordonnés de l'œil et du pavillon auriculaire y sont étudiés succinctement. A propos de l'action du trijumeau, l'auteur rappelle les recherches de Duval et Laborde sur la racine descendante de ce nerf dont la lésion amène des troubles trophiques à la fois dans l'œil et dans l'oreille. En outre, certaines lésions expérimentales ou pathologiques de l'oreille peuvent, par propagation, atteindre le trijumeau au niveau du ganglion de Gasser et déterminer des lésions oculaires.

Etant donné ce qui précède, quoi d'étonnant à ce qu'il se produise une variété infinie de phénomènes oculaires réflexes ?

Sur les fonctions des canaux semi-circulaires au point de vue oculo-moteur, L. approfondit les études de Cyon, de Baginsky, de Hoggys pour arriver à la conclusion que les canaux semi-

circulaires : 1° paraissent être des organes destinés à la coordination des mouvements généraux ; 2° que leur lésion peut provoquer des troubles oculaires variables.

L'auteur passe ensuite à une longue étude pathogénique et descriptive de l'audition colorée, dans laquelle il m'est impossible de le suivre, étant donné le cadre restreint d'une analyse. Cependant aucune théorie, selon lui, ne satisfait pleinement l'esprit ; le mécanisme intime de l'audition colorée n'est pas encore établi d'une manière suffisamment précise ; on l'observe principalement chez des sujets nerveux ou névropathes ; ce phénomène ne dépend pas d'une excitation des organes périphériques de l'audition, mais se passe dans les centres nerveux.

Les relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil constituent le chapitre le plus important de ce travail. L'exploration, les traumatismes, les affections de l'oreille externe peuvent déterminer du nystagmus, des vertiges et des éblouissements, de la diplopie. Etudiant l'oreille moyenne, nous voyons que les affections de la trompe d'Eustache ne sont pas sans retentissement sur l'organe de la vision, et l'auteur cite le cas de Kisselbach et Wolffberg où le cathétérisme produisait une amélioration de l'acuité visuelle et un agrandissement du champ visuel et du champ des couleurs. Dans les traumatismes, corps étrangers, etc., déterminant des lésions de la caisse du tympan, certains réflexes ne sont pas rares, tels sont : l'épiphora, le spasme palpébral, divers mouvements oculaires. Les phénomènes de compression du facial accompagnent parfois l'otite moyenne aiguë catarrhale. Dans l'otite moyenne purulente, le nystagmus et la névrite optique sont les symptômes oculaires les plus importants, et l'auteur les étudie à part ; on a signalé, en outre, le strabisme, divers troubles de motricité oculaire, la diplopie. Les troubles pupillaires sont rares, de même les complications du côté de l'iris et de la choroïde.

Au niveau de l'apophyse mastoïde, nous avons des anastomoses entre ces différents nerfs : le rameau mastoïdien du plexus cervical superficiel et l'auriculo-temporal, ce dernier avec le facial ; d'autre part, la muqueuse qui tapisse les cellules mastoïdes est innervée par des rameaux du plexus tympanique : toutes ces connexions expliquent dans une certaine mesure les troubles réflexes à point de départ mastoïdien : diplopie, strabisme, myosis.

Les complications de l'otite moyenne suppurée ne sont pas exemptes de réflexes oculaires. Les abcès cérébraux s'accor-

pagnent fréquemment de névrite optique, de paralysie des nerfs oculo-moteurs, d'hémianopsie homonyme, de nystagmus. L'analyse minutieuse des phénomènes oculaires observés dans la thrombose des sinus pourrait, d'après Jansen, nous donner la localisation du sinus malade.

Résumant la petite revue générale qu'il fait sur le *nystagmus*, L. conclut : « Le nystagmus est assez fréquent au cours des maladies de l'oreille ; on doit le rechercher, car, quelquefois, il est tellement passager, si faible, et se produit d'une manière si rapide qu'il passe inaperçu de la part du malade. On l'observera surtout au cours des lavages de l'oreille et des affections de la caisse. Il est presque toujours d'origine labyrinthique ; dans quelques cas seulement, on devra songer à une méningite d'origine otique ou à une thrombose des tissus dans le voisinage du rocher ».

Importance de l'examen de l'œil dans l'otite moyenne purulente et ses complications. De l'historique et des observations qu'il résume, l'auteur dégage une étude de la névrite optique au cours de l'inflammation purulente de l'oreille moyenne, et conclut avec d'autres auteurs : « 1° que la propagation d'une otorrhée à la cavité crânienne n'a pas toujours pour conséquence une névrite optique : 2° que les troubles cérébraux qui accompagnent l'otite et déterminent la névrite optique n'ont pas toujours une issue funeste ; 3° que la névrite optique n'est pas un symptôme constant de méningite ou d'abcès du cerveau, mais elle indique une participation quelconque du cerveau ou de ses enveloppes, à l'inflammation de l'oreille ». On comprend donc l'importance et la valeur diagnostique de ce symptôme oculaire, dont l'auteur étudie la pathogénie sur laquelle on n'est pas encore fixé.

Quant aux troubles oculaires dans les maladies de l'oreille interne, dans la surdi-mutité, si l'on met à part l'état intellectuel spécial qui empêche, dans bien des cas, la fonction visuelle d'atteindre son complet développement, ainsi que l'arrêt de développement des centres cérébraux, Badal, dans sa statistique, remarque la fréquence extrême des affections profondes du fond de l'œil. La question des troubles oculaires dans le vertige et dans la maladie de Ménière est encore obscure, puisque d'après Mendel (de Berlin), le vertige est un ensemble de symptômes déterminé par une altération du sens de l'équilibre liée au mauvais fonctionnement des muscles oculaires. On ne peut que nommer ici la théorie du vertige labyrinthique de P. Bonnier

et les recherches si intéressantes de cet auteur sur les connexions ampullo-oculo-motrices. Quoi qu'il en soit, l'examen de l'œil peut servir pour faire un diagnostic différentiel du syndrome de Ménière d'avec une lésion cérébelleuse.

L'auteur termine son travail en insistant sur l'importance de l'examen de l'œil dans les maladies de l'oreille. Il traite succinctement des influences physiologiques et pathologiques de l'œil sur l'oreille et indique la pathogénie de ces influences réflexes, l'oreille pouvant retentir sur l'œil suivant trois modalités différentes : par propagation indirecte, par la voie nerveuse et par la voie sanguine.

Enfin, viennent les cinquante-trois observations, dont deux personnelles, sur lesquelles L. a édifié cette très intéressante étude.

L. EGGER

De l'otite moyenne aiguë des scléreux, par LEMARIEY (*Th.* Paris, 1896).

L'otite moyenne aiguë présente des différences assez notables suivant qu'elle évolue chez des sujets sains ou chez des scléreux.

Symptômes. — Chez les scléreux, la membrane tympanique est rarement bombée dans son ensemble, ou elle l'est à peine. Quelquefois, une partie de la membrane fait une saillie accentuée, le plus souvent au niveau du segment postéro-supérieur. Cette saillie peut prendre la forme de poche. Ces voussures localisées se voient dans les otites limitées à un territoire de la caisse, et dans les otites généralisées à toute la caisse.

La rougeur intense et généralisée du tympan est remplacée chez le scléreux par une teinte rosée souvent circonscrite. L'opacité, l'épaisseur et la résistance de la membrane sont considérables. La sensibilité est émoussée et l'élasticité disparue.

L'écoulement, d'abondance variable, disparaît souvent très tard.

La perception aérienne est souvent abolie dès le début ainsi que la perception osseuse.

Formes cliniques. — Il en existe deux formes :

a) La forme généralisée, qui, lorsqu'elle a une marche franchement aiguë, ne diffère de l'otite purulente aiguë vulgaire que par les caractères de la membrane, par l'abaissement si marqué et même l'abolition du pouvoir auditif, par l'apparition très tardive de la perforation spontanée.

b) La forme circonscrite qui évolue en deux stades ; premier stade (d'otite généralisée, presque toujours non purulente) ; deuxième stade (d'otite circonscrite purulente).

Cette forme circonscrite a de grandes analogies avec les abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse, qui sont également le deuxième stade d'une otite généralisée non purulente.

La perforation spontanée de la membrane est très retardée. La marche peut être trainante et l'écoulement durer beaucoup plus longtemps que dans l'otite moyenne aiguë classique.

L'audition ne redevient jamais normale à la suite de ces otites.

Le pronostic, déjà assombri du fait de la sclérose préexistante, s'aggrave encore par ce fait que l'épanchement purulent, ainsi défiguré, est souvent méconnu.

On devra tenir grand compte, pour arriver au diagnostic, de l'état de l'autre oreille (qui est également scléreuse), et des antécédents du sujet.

Traitement. — La paracentèse est plus souvent indiquée ici que dans l'otite purulente aiguë banale.

1° Dans la forme généralisée, on doit fendre la membrane dans toute son étendue par une ou deux incisions cruciales.

2° S'il y a voussure nettement circonscrite, il est préférable d'inciser la voussure, mais toujours largement.

La paracentèse est peu douloureuse chez les scléreux. La membrane incisée a tendance à se cicatriser prématurément.

Ce travail, très intéressant, est basé sur six observations dont deux personnelles, que l'auteur publie en détail. L. EGGER

Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses, par F. J. COLLET (4 vol. in-12° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*, Masson et Gauthiers-Villars. Paris, 1897).

Ce livre vient à point. A notre époque d'entraînement opératoire excessif, où la gouge remplace le spéculum, où presque de bonne foi il semble à tous que, pour être auriste, il faut et il suffit d'évider correctement le rocher, Collet a été bien inspiré de nous donner cet aide-mémoire. C'est que la saine otologie participe autant de la médecine que de la chirurgie ; et que de toutes les qualités exigées de celui qui la veut bien pratiquer, l'une des non moins utiles est d'être versé dans la connaissance de la neuropathologie. Non seulement la pathologie de l'oreille interne pour la plus grande part, mais encore bien des lésions de la caisse du tympan dérivent d'une origine neuropathique.

Un court exposé critique des principaux moyens de diagnostic des lésions de l'appareil nerveux de l'ouïe entame ce travail. Les meilleurs signes qui doivent faire supposer l'origine nerveuse d'une surdité sont : la latéralisation du diapason vertex à l'oreille saine, le résultat positif de l'épreuve de Rinne, la perception mauvaise ou nulle des notes élevées, l'atténuation du diapason vertex par les pressions centripètes. C. n'attribue pas grande valeur aux réactions électriques du nerf auditif : cependant il considère qu'une hyperexcitabilité énorme au courant galvanique, se traduisant par exemple par une réaction du nerf à moins d'un milliampère, est fréquemment l'indice d'une affection intra-crânienne.

Vient ensuite une étude analytique des troubles auditifs et de leur physiologie pathologique dans les diverses affections du système nerveux.

L'*hydrocéphalie aiguë* se complique de surdité le plus souvent transitoire. L'*hydrocéphalie chronique* est une cause de surditité, sans doute par compression des noyaux et du tronc de l'auditif.

Les *tumeurs cérébrales et intra-crâniennes* agissent de deux façons sur l'audition : 1° en comprimant le nerf auditif en un point quelconque de son trajet ; 2° en agissant à distance sur l'organe de l'ouïe par des mécanismes divers : compression veineuse, lésion des centres trophiques de l'oreille, paralysie des muscles intrinsèques de l'oreille par dissociation du facial ou du trijumeau ; enfin surtout augmentation de la pression intra-crânienne, qui, par l'intermédiaire de l'aqueduc du limaçon, se propage aux espaces péri-lymphatiques, d'où l'écrasement de la cavité endo-lymphatique et des organes différenciés qu'elle contient.

Certaines localisations des tumeurs sont intéressantes à retenir. Les *tumeurs du nerf auditif* produisent des troubles de l'audition du même côté. Ceux-ci sont assez rares dans les *tumeurs du bulbe* : l'abaissement de l'ouïe siège du côté de la lésion, exceptionnellement du côté opposé. La surdité se montre aussi dans les *tumeurs de la protubérance*, puisque cet organe contient les faisceaux sus-nucléaires (olive supérieure, etc.) de l'acoustique, qui relient les noyaux bulbaires aux centres supérieurs du cerveau et de l'écorce : la surdité est alors croisée. Dans les *tumeurs du cervelet* c'est le nerf auditif qui est le plus souvent touché après le nerf optique : fait important pour le diagnostic, surdité et bourdonnements se rencontrent alors avec

le vertige et l'ataxie cérébelleuse. Ces troubles auditifs se montrent surtout quand la tumeur occupe un des hémisphères : nous savons au contraire depuis Nothnagel que les autres symptômes dits cérébelleux ne se montrent que dans les lésions du vermis. Donc, la surdité n'est pas un symptôme cérébelleux proprement dit, mais un phénomène de voisinage, dû à la compression du nerf acoustique par la tumeur du cervelet. Les troubles auditifs sont alors du côté de la tumeur. Les *tumeurs des tubercules quadrijumeaux* présentent un grand intérêt : elles ne produisent de troubles auditifs que quand les tubercules quadrijumeaux postérieurs sont intéressés : et, quand la lésion est unilatérale, il s'agit toujours de surdité croisée. On peut de ce fait tirer une importante conclusion au point de vue des localisations cérébrales : c'est que les tubercules quadrijumeaux postérieurs constituent un relai sur le trajet des voies acoustiques et qu'en ce point la décussation des nerfs de la huitième paire est déjà effectuée.

La *pachyméningite hémorragique* amène des troubles auditifs par une pathogénie bien singulière : outre les altérations possibles du labyrinthe, il se forme dans l'oreille moyenne une fausse membrane vasculaire, analogue à celle qui existe dans la cavité crânienne : la propagation de la lésion de la dure-mère à la caisse du tympan se fait par les prolongements de cette méninge qui traversent la fissure pétro-squameuse. L'examen du tympan acquiert alors la valeur d'un examen ophtalmoscopique ; à travers le tympan qui conserve son état normal se montre, atténuée par sa demi-transparence, la couleur rouge brique jaunâtre de la fausse membrane qui tapisse le promontoire.

C'est par l'observation des cas de *méningite cérébro-spinale* qu'ont été résolus la plupart des problèmes relatifs aux complications auriculaires des *méningites*. Dans toutes ces affections, les altérations labyrinthiques ont une localisation et une pathogénie analogues. Il y a d'abord infiltration de pus tout le long du tronc et des rameaux de l'acoustique depuis la cavité crânienne jusqu'au limaçon : les filets de la huitième paire sont absolument dissociés. Du côté du limaçon, il se produit des destructions étendues pouvant aller jusqu'à la disparition de toutes les parties constitutives du canal cochléaire ; il semble s'agir d'une nécrose en masse consécutive à l'oblitération des vaisseaux nourriciers. L'infiltration purulente du labyrinthe se fait aussi par l'aqueduc du limaçon. Même lésion sur le facial, qui toutefois résiste mieux que l'auditif, grâce à la disparition compacte de ses faisceaux.

Dans les méningites chroniques, les lésions tendent à l'atrophie : du tissu conjonctif de nouvelle formation s'organise et il s'opère une véritable ossification du labyrinthe ; dans les cas très anciens, le labyrinthe est envahi par un tissu osseux tellement compact, qu'on peut croire plutôt à une malformation congénitale qu'aux restes d'une infection antérieure : constatation faite souvent à l'autopsie des sourds-muets qui avaient eu des convulsions pendant les premières années de leur vie et dont la surdité ne reconnaissait pas d'autres causes. Dans toutes ces méningites c'est le premier tour du limaçon qui présente les lésions les plus accentuées ; or il n'est pas rare de constater pendant la vie une surdité partielle surtout accentuée pour les sons aigus : ce qui confirme la théorie de Hensen et Helmholtz, que la partie la plus étroite de la membrane basilaire, qui correspond au premier tour au limaçon, vibre sous l'influence des sons élevés. Une observation de Schwabach appuie cette donnée ; chez un méningitique qui, à l'inverse des autres, entendait les sons élevés et non les sons graves, l'autopsie montra que la base du limaçon était respectée et que les lésions siégeaient uniquement vers la pointe.

Collet ne signale qu'en passant les troubles auditifs confus produits par le *ramollissement* et l'*hémorrhagie cérébrale* ; et il arrive à l'intéressante question de la surdité dans le *tabes*, sujet sur lequel ses études antérieures ont porté tout spécialement. L'audition des tabétiques est fréquemment modifiée. Des documents, malheureusement encore peu nombreux, nous apprennent que ces troubles ont pour substratum une atrophie des nerfs auditifs, portant non seulement sur le tronc et les noyaux, mais se propageant aussi dans le labyrinthe où le tissu nerveux est remplacé par du tissu conjonctif d'aspect hyalin, parsemé de corpuscules amylicés. Mais il est infiniment plus fréquent de trouver le nerf auditif intact et de constater des lésions banales scléreuses de l'oreille moyenne (Collet) ; souvent le tympan est normal ; la sclérose prédomine au niveau des fenêtres, et ne se laisse déceler que par les diapasons : voilà la clef d'un bon nombre d'observations de surdité réputée nerveuse. Ces troubles auditifs varient depuis la surdité légère jusqu'à la cophose la plus absolue ; celle-ci a une évolution rapide qui parfois se fait en quelques mois, elle s'accompagne de bruits subjectifs qui favorisent les hallucinations de l'ouïe. Reste à interpréter la pathogénie de cette surdité tabétique. Il faut d'abord distinguer deux groupes de malades. Les uns présentent de la névrite de la huitième

tième paire, justiciable de la même interprétation pathogénique que les autres névrites du tabes. Les autres ont seulement de la sclérose de la caisse. Comment le tabes peut-il produire cette dernière ? Peut être, dans certains cas, y a-t-il simple coïncidence de l'otite sèche avec le tabes : mais la fréquence de cette complication auriculaire au cours de l'ataxie nous oblige à voir là plus qu'une association fortuite. En se fondant sur les expériences classiques de Laborde et Gellé qui nous ont appris que le trijumeau est le nerf trophique de la caisse et en considérant la coexistence fréquente des lésions de l'oreille et des troubles sensitifs et trophiques de la face chez les tabétiques, souvent localisés ou prédominants au même côté, Collet croit que la sclérose de la caisse chez les tabétiques est un trouble trophique consécutif à une névrite du trijumeau, au même titre que la chute spontanée des dents. Dans cette hypothèse « qui ne serait d'ailleurs applicable qu'à un certain nombre de cas » le tabes aurait deux voies différentes pour produire des troubles de l'ouïe : le nerf sensoriel de l'oreille et le nerf trophique. D'ailleurs Pierret a montré que l'auditif et le trijumeau, avec leur échelonnement de ganglions, présentent une analogie de structure qui sollicite de la part du tabes des atteintes égales.

Dans la *sclérose en plaques*, les troubles auditifs sont mal connus : tantôt ils progressent lentement du bourdonnement à la cophose à mesure qu'évolue la maladie : tantôt la surdité a un brusque début apoplectiforme.

Parmi les *névrites périphériques*, la *paralysie faciale* occasionne excessivement souvent des troubles de l'ouïe : mais tous ne relèvent pas d'une cause identique. Le plus souvent la paralysie faciale est une conséquence de la lésion de l'oreille : dans d'autres cas les troubles de l'ouïe lui sont consécutifs. Ceux-ci dépendent du siège de la lésion : si celle-ci se trouve au-dessus de l'émergence du filet destiné au manche de l'étrier, il y a une hyperacousie (Landouzy) portant surtout sur les sons graves. Les *lésions du trijumeau* troublent l'audition de deux façons : 1° en paralysant le muscle interne du marteau ; 2° en produisant des troubles trophiques de la caisse du tympan ; pour que ces derniers se réalisent, il n'est pas nécessaire que la branche motrice soit intéressée.

Reste à étudier les modifications de l'audition au cours des *névroses*. Dans la *tétanie* : absence de diminution de l'acuité auditive d'origine centrale, et, par contre, apparition facile de la réaction galvanique du nerf : hyperexcitabilité considérable.

Dans la *neurasthénie*, ce sont surtout des troubles fonctionnels surajoutés à une affection catarrhale de l'oreille moyenne : à noter l'influence considérable du moral sur les variations de l'acuité auditive. La *chorée* amène parfois des troubles subjectifs dus à des troubles subjectifs ou à des mouvements désordonnés des muscles intrinsèques de l'oreille. L'*hystérie* donne lieu à une surdité des plus variables, mais qui a pour caractère d'être incomplète, changeante, et de simuler toujours une surdité par lésion de l'appareil récepteur du son : Rinne toujours positif. Il est rare qu'il y ait superposition de l'anesthésie cutanéomucqueuse de l'oreille à l'anesthésie sensorielle auditive. Le pronostic n'en est pas grave.

Dans l'*épilepsie* les troubles auditifs se montrent dans trois conditions différentes : 1^o avant l'accès, à titre de prodromes : bruits subjectifs, et rarement sensation soudaine de silence ; 2^o pendant l'accès, alors que la perte de connaissance n'en est pas complète ; 3^o après l'accès ; il peut persister pendant très longtemps une surdité parfois complète ; la surdité verbale passagère a été notée. Les symptômes auriculaires de la *migraine* sont très variés ; parfois de véritables auras auditives précèdent l'accès.

Une courte synthèse de pathogénie sert de conclusion à cette savante analyse des troubles auriculaires dans les affections nerveuses. Ceux-ci, dit C., peuvent être réalisés par trois mécanismes différents : 1^o par des phénomènes sensitifs : lésion du labyrinthe, du tissu du nerf auditif ou des noyaux et centres intéressant la sensibilité spéciale de l'oreille ; 2^o par des phénomènes moteurs, aboutissant à un fonctionnement défectueux des muscles tubaires ou des muscles intrinsèques de l'oreille ; 3^o par des phénomènes vaso-moteurs et trophiques, sujet mal connu encore et sur lequel l'auteur s'étend avec détails.

Et pour finir l'ouvrage, C. nous donne une étude anatomique sur les voies acoustiques, qu'il eut peut-être mieux valu placer au commencement du livre, sujet excessivement obscur mais que l'auteur nous présente avec sa méthode claire et simplificatrice ; qualité rare qui rend grandement attrayante la lecture d'un livre que tous nous devons étudier, car il nous instruit sans effort sur un point d'otologie que, faute de documents, nous connaissons mal pour la plupart.

M. LERMOYEZ.

Les maladies des voies respiratoires supérieures, par MORITZ SCHMIDT. (2^e édition, 165 figures dans le texte, 7 tables en couleurs, 883 pages. Berlin 1897, édit. J. Springer).

Le livre a pour devise : « de la pratique pour la pratique » et l'auteur a continuellement en vue non seulement le spécialiste, mais le praticien en général ; aussi ce traité commence-t-il par des chapitres d'anatomie et de physiologie et contient-il un enseignement très détaillé et très clair de l'examen rhino et laryngoscopique, et les conseils de thérapeutique locale et générale sont-ils fort complets ; tous les instruments usuels sont bien figurés et bien décrits.

Les maladies sont groupées d'une façon un peu particulière, l'auteur s'occupe non pas successivement de toutes les maladies d'une même région ou d'un même organe, mais bien de chaque maladie dans toutes ses localisations, ce qui est fort utile au point de vue clinique. A propos de la variole, l'auteur dit, ce que malheureusement on ne peut pas encore dire en France : « la variole a perdu en Allemagne son intérêt pratique, dans l'intérieur du pays, nous n'en voyons plus, grâce à la revaccination ».

Une place suffisante pour la pratique est faite au diagnostic bactériologique.

M. N. W.

Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten. — Atlas et abrégé des maladies du larynx, par L. GRÜNWALD, de Munich, chez Lehmann, éditeur à Munich.

Sous un format très commode et dans des conditions de prix très modérées, la maison Lehmann, de Munich, est en voie d'éditer une série d'atlas représentant une véritable encyclopédie médicale (anatomie, anatomie pathologique, histologie, bactériologie, pathologie universelle et spéciale, etc.) C'est un de ces atlas que nous présentons aux lecteurs de ce recueil, il ne contient pas moins de 167 planches et ces planches sont non seulement la reproduction très fidèle de la plupart des maladies du larynx mais le résumé histologique très intéressant d'un grand nombre des affections laryngiennes. Ce serait trop long d'analyser tout ce que renferme ce petit volume, qu'il nous suffise de dire que nous avons rarement vu condenser sous un format aussi commode une aussi intéressante collection ; toutes ces planches sont accompagnées d'un texte explicatif très clair, et nous ne pouvons que féliciter l'auteur M. Grünwald, un des laryngologistes les plus

réputés et les plus instruits de l'Allemagne, et l'éditeur, M. Lehmann qui a entrepris avec tant de succès la publication de cette belle encyclopédie médicale.

A. G.

Atlas stéréoscopique d'anatomie du nez et du larynx (Anatomie normale et pathologique), 30 photographies, par J. GAREL et F. COLLET. Paris, O. Doin, 1897.

Quelle bonne surprise on éprouve, en se disposant à feuilleter ce petit atlas où, sans doute, vont se montrer une fois de plus ces figures mortes et plates, déjà tant vues, d'ouvrir une boîte d'où s'échappent trente photographies des plus soignées, et qui, mises dans le stéréoscope, nous donnent l'illusion vivante de l'anatomie normale et pathologique du nez et du larynx ! Aussi, l'on a dans sa bibliothèque, sans bords encombrants, et facile à dissimuler, un petit musée de pièces choisies au mieux et qui résument, pour l'élève, les détails de lésions types, toujours présentes.

Les auteurs ne doutent pas que chacun de nous, séduit par cette nouveauté, ce qui est vrai, ne travaille à accroître de documents personnels la collection qu'ils nous offrent ; et pour ce faire, libéralement ils nous indiquent les tours de mains qui leur ont si bien réussi, sur la technique de ces phototypes anatomiques.

souhaite, sans y croire, de voir leur exemple suivi : peu de nos confrères sont, comme les spécialistes de Lyon, ville de lumière photographique, assez versés dans l'art de Daguerre et de Niepce, pour pouvoir fixer de la sorte, sans voile et sans flou, les faits intéressants que leur apportent leurs autopsies. Et cet atlas serait le bienvenu si, développant le goût de semblables documents, il pouvait faire comprendre à ceux qui ont mission de nous former, qu'un médecin actuel n'est vraiment complet que s'il sait faire un cliché.

M. LERMOYER.

ANALYSES

I. — OREILLE

De l'audition par les cicatrices de trépanation du crâne, par

A. COURTADE (*Archives internat. de laryngol. d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc. 1896).

C. expose les faits de divers auteurs, notamment de Larrey, tendant à faire admettre que les ondes sonores peuvent ébranler le labyrinthe sans le concours fonctionnel des oreilles externe et moyenne. Il contrôle ces expériences sur un sujet trépané à sept centimètres au-dessus du conduit auditif droit. Les oreilles étant hermétiquement closes, les diapasons sont placés d'abord tout proche de la cicatrice, puis dans la région symétrique du crâne ; or, les chiffres donnés par cette épreuve prouvent que la cicatrice ne transmet pas mieux les vibrations sonores que la partie symétrique osseuse du crâne. L'auteur pense cependant qu'il y a intérêt à étudier la question avec plus de précision.

L. EGGER.

L'audition stéréacoustique, par PIERRE BONNIER (*Archives internat. de laryngol. d'otol. et de rhinol.*, novembre-décembre, 1896).

Ce travail a été fait à l'occasion de la communication de P. Raugé à la société française de laryngologie en 1896, intitulée « Le relief acoustique et l'audition bi-auriculaire », publié *in extenso* dans les *Archives internat. de laryng.* (juillet-août 1896), et analysé dans les *Annales des maladies de l'oreille* (juin 1896).

B. reproche surtout à R. de confondre absolument deux termes bien différents, l'*orientation objective* des objet perçus, c'est-à-dire la localisation de leur provenance, et le *relief*.

Quant à l'observation clinique, B. dit textuellement : « J'ai fréquemment étudié cette fonction chez mes malades et j'ai toujours trouvé le contraire de ce qu'a indiqué M. Raugé, à moins de lésions de la caisse. Sans doute, l'orientation auditive totale est moins bonne avec une oreille qu'avec deux, de même que

l'orientation visuelle est incomplète avec un seul œil, de même que l'orientation tactile est moins étendue chez les hémianesthésiques. Mais il n'y a bien qu'une diminution en étendue du champ opératoire, nullement un obstacle à la fonction d'orientation : dans le champ sensoriel conservé, l'orientation est intacte ».

B. démontre que pour le *relief* il en est tout autrement, que l'homme privé d'un œil n'a plus cet enveloppement bi-visuel qui caractérise le relief. Pour l'oreille, bien que les axes sensoriels divergent au lieu de converger comme dans la vision, le relief n'en existe pas moins, mais le mode fonctionnel est particulier à l'organe : « Les deux organes symétriques sont fixes, opposés, mais, en revanche, les deux champs auditifs se superposent presque complètement, et tandis que, pour la vue, le point fixé par les deux yeux se trouve à l'entre-croisement des deux axes optiques, c'est à-dire au maximum de vision nette pour chacun des yeux qui, tous deux, s'accommodent simultanément pour ce point, pour l'audition, la partie du champ auditif la mieux perçue par l'oreille droite est celle que perçoit le moins l'oreille gauche. La tête forme pour chaque oreille un écran, derrière lequel elle oriente et entend mal, mais aussi derrière lequel l'autre oreille entend et oriente le mieux. Il en résulte que c'est dans la partie du champ auditif, où chaque oreille exerce le mieux l'orientation augulaire, que la double orientation se fait le moins et que le relief acoustique est le moins défini. C'est exactement le contraire de ce qui se passe pour la vue. »

L. EGGER.

Relief et orientation, réponse à M. PIERRE BONNIER, par P. RAUGÉ.
(*Archives internat. de laryngologie*, janvier-février, 1897).

L'auteur se défend énergiquement d'avoir confondu les deux notions, *relief* et *direction*, et combat la théorie uni-auriculaire de B. Il maintient sa théorie bi-auriculaire, et désespère de convaincre B. puisque le désaccord théorique se complique de désaccord clinique. R. critique ensuite le parallèle que fait B. entre le relief visuel et le relief acoustique et le croit trop théorique parce que, dit-il, B. se fait du relief optique une idée qui n'est pas exacte « lorsqu'il dit que ce phénomène est lié à la variabilité de convergence des deux regards ». R. termine en relevant ensuite quelques « querelles de détail ».

L. EGGER.

La conservation de l'audition malgré l'ankylose de l'étrier, par GELLÉ (*Archives internat. de laryngologie*, janvier-février 1897).

Après avoir rappelé les notions de physiologie de la propagation des sons de l'extérieur, par la membrane du tympan, les osselets, au labyrinthe, l'auteur fait remarquer qu'il y a dans l'expérience des pressions centripètes, seulement une forte atténuation du son, à l'état sain, et non l'extinction de la sensation (cas pathologique). Dans les pressions centripètes, l'étrier est absolument comparable à la plaquette vibrante des physiiciens ; sa liberté est perdue, mais, condition physique supérieure, sa minceur lui reste, et la transmission bien qu'affaiblie persiste ; l'ampleur est seule diminuée. Ainsi, au point de vue de l'acuité auditive, la mobilité de l'étrier est une condition de premier ordre, mais non pas *sine qua non* ; avec elle disparaît la fonction tutélaire, la fonction d'accommodation exercée par l'action des muscles intrinsèques. Donc, tant que l'épaississement de la fenêtré ronde ou l'ensevelissement de la fenêtré ovale sous des exsudats ou sous la muqueuse sclérosée, épaissie, n'a pas transformé la platine en une masse n'ayant plus rien de la minceur de la plaquette indispensable à la propagation des vibrations de l'air au liquide labyrinthique, et tant que les forces nerveuses du sujet ne sont point affaiblies par la sénilité ou la maladie, la parole sera bien entendue.

De ce qui précède, G. déduit que l'audition, l'étrier soudé, enlève toute valeur à la théorie de l'oscillation totale de Helmholtz. Il insiste, en outre, sur l'importance qu'il y a en cas de pressions centripètes négatives, de s'assurer du bon état du labyrinthe, avant de conclure ; dans ce cas, le massage et la raréfaction donnent de bons résultats en déchargeant l'étrier. L. EGGER.

Abcès du conduit auditif externe et périchondrite consécutive, par S. GOLDSTEIN (*De New-York, Med. Record.*, 1876, vol. II, p. 494).

Le gonflement du tragus à la suite d'un petit furoncle de la conque fut, chez un malade qui d'ailleurs avait antérieurement souffert d'otorrhée, tel, que tout le conduit auditif était oblitéré. L'incision amena la guérison complète en quinze jours.

A. F. PLICQUE.

Réflexions à propos de quelques résultats éloignés de l'ouverture large de l'antre et de la caisse, par LUBET-BARBON (*Archives internat. de laryng. d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc. 1896).

Sous ce titre, l'auteur présente à la Société de laryngol.,

d'otol. et de rhinol. de Paris, une quinzaine de malades, chez lesquels l'opération a été pratiquée dans la majorité des cas pour des suppurations chroniques de l'oreille traitées méthodiquement, par les moyens habituels, sans succès, pendant longtemps. L.-B. s'arrête sur les différents points intéressants de ces observations et insiste sur la longueur du traitement consécutif : « A de petites lésions, dit-il, des interventions peu graves et des traitements courts ; à de grandes lésions des interventions plus graves et des traitements plus longs ». Il insiste en outre sur la manière de faire les pansements après l'opération, sur les précautions antiseptiques, la surveillance attentive de toutes les anfractuosités, et sur les procédés usuels pour obtenir la réunion immédiate.

L. EGGER.

Abcès du cou consécutifs aux otites moyennes suppurées, par A. BROCA (*Archives internat. de laryng., d'otolol. et de rhinol*, nov.-déc. 1896).

Le type de l'abcès cervical par ostéite auriculaire, nous dit l'auteur, nous est fourni par la mastoïdite de Bezold ; le pus perfore la corticale à la face interne de l'apophyse, vers la rainure du digastrique, et de là envahit le triangle maxillo-pharyngien. Ce n'est que par son siège qu'il se distingue de l'abcès rétro-auriculaire banal et de l'abcès extra dural. Si l'on fait abstraction de l'ulcération possible des gros vaisseaux, le siège même de cet abcès n'en accroît pas la gravité. Si les résultats opératoires ont été inférieurs, et partant le pronostic plus sombre, pour ces dernières années du moins, à ceux que l'on obtient dans les autres abcès d'origine otitique, cela tient surtout à ce que l'opération était trop souvent incomplète : le chirurgien négligeait la mastoïde, l'auriste ne se décidait pas assez vite à drainer l'espace maxillo-pharyngien. B. insiste sur la grande rareté de ces mastoïdites de Bezold.

A côté de cette mastoïdite avec abcès maxillo-pharyngien, il faut noter celle, rare également, où le pus traverse la pointe de l'apophyse et envahit la gaine du sterno-cléido-mastoïdien.

La mastoïde n'est pas le seul os que l'on puisse trouver dénudé au fond d'un abcès maxillo-pharyngien d'origine auriculaire. L'auteur publie ici une observation dans laquelle la mastoïde était intacte, l'ostéite causale siégeant sur la face inférieure du rocher : le malade mourut d'hémorrhagie par ulcération de la carotide, trois jours après l'opération. B. ajoute qu'il

eût peut-être évité l'erreur de diagnostic s'il eût tenu compte à la fois de l'état de l'apophyse qui ne présentait rien d'anormal, et du siège de la région dénudée ou butait le stylet, au fond du conduit, en bas et en avant. « L'importance de cette erreur, dit-il, eût été réelle si j'avais commencé par la trépanation, évidemment inutile, de l'apophyse ; mais comme on doit toujours le faire, je me suis attaqué d'abord à la lésion certaine, l'abcès cervical, et une fois dans la poche, j'ai constaté quelle était l'origine du pus ;... on ne sera autorisé à commencer par l'apophyse que si, par l'examen de la région auriculaire, on peut affirmer sans hésitation qu'elle est prise ; et encore cela ne me semble-t-il avoir aucun avantage ».

Ce qui a peut-être contribué à exagérer la fréquence de la mastoïdite de Bezold, c'est la possibilité d'abcès maxillo-pharyngiens non ossifluents accompagnant certaines otites moyennes suppurées. C'est d'abord l'abcès *intra-veineux*, au sujet duquel l'auteur rappelle l'observation publiée à la Soc. de chirurgie, le 27 oct. 1896 (V. *Annales des mal. de l'or. et du lar.* nov. 1896). Vient ensuite l'abcès *ganglionnaire*, important, car ces abcès d'origine auriculaire sont mal connus. Après une courte allusion aux *abcès juxta-auriculaires ouverts dans le conduit*, l'auteur insiste sur la question du diagnostic.

Le diagnostic de mastoïdite de Bezold ne doit être porté qu'avec circonspection, et lorsqu'on aura bien déterminé : 1° si l'apophyse est douloureuse à la pression ; 2° si le tympan est intact.

En thérapeutique, toujours commencer par l'abcès cervical, par la cavité duquel on explorera la face interne de l'apophyse.

L. EGGER.

Un cas rare de surdité hystérique, par G. CIPRIANI (*Gazetta degli Ospedali*, 22 nov. 1896).

La malade, âgée de 44 ans, avait déjà présenté deux attaques de surdité disparue peu à peu spontanément. Ces deux attaques comme d'ailleurs la troisième étaient survenues à la suite d'un refroidissement manifeste, de sorte que le diagnostic primitif avait été surdité d'origine rhumatismale. Mais dans la troisième attaque la suggestion fut essayée à l'état de veille en introduisant dans l'oreille un médicament quelconque et affirmant que l'action serait immédiate. Moins de deux minutes après la malade entendait. C. croit que cette pratique mérite toujours d'être essayée dans les cas de diagnostic douteux. A. F. PLICQUE.

Contribution à l'étiologie de l'aliénation, par le Dr BREITUNG
(*Deutsche Medicinal-Ztg*, n° 46, 1896).

Dans le courant de 1896, l'autopsie d'un pasteur suicidé révéla l'existence dans son oreille d'un bout de crayon d'ardoise et d'une méningite étendue ; la pénétration du corps étranger doit être reportée à l'enfance. A ce propos, l'auteur apporte l'observation d'un écolier de 10 ans, chez lequel le maître d'école constatait depuis quelque temps une diminution de l'ouïe en même temps qu'une certaine indolence ; l'enfant accusait d'ailleurs de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille et des vertiges lorsqu'il se baissait. L'examen de l'oreille fit voir tout contre le tympan intact un corps étranger, un fragment de crayon d'ardoise, que l'on put déloger à l'aide d'une grande injection. Le conduit auditif était tuméfié et suppurant, mais tous les accidents objectifs et subjectifs cessèrent quinze jours après l'extraction du corps étranger.

M. N. W.

Symptômes cérébraux de nature hystérique survenant dans le cours d'une otite suppurée double et simulant des accidents d'origine septique, par FURET (*Archives internat. de laryngologie*, novembre-décembre 1896).

La malade de F., une femme de 30 ans, était porteur d'une otite chronique fétide gauche depuis plusieurs années déjà et qu'elle négligeait. Prise d'otite aiguë droite, elle fut soignée comme il convenait. Sa maladie trainait en longueur depuis un mois lorsque brusquement, sans prodromes, elle est prise de symptômes cérébraux d'une gravité évidente : indifférence, troubles de la parole, vomissements alimentaires, T. axillaire à 38°4, P. à 96. A l'agitation, et aux manifestations de douleur que la malade accusait quelques heures auparavant avait succédé une dépression intellectuelle et physique énorme, un état quasi-comateux. La question d'une intervention chirurgicale, à brève échéance, avait été agitée lorsque, le lendemain, changement complet de tableau : après des selles très abondantes et d'une odeur infecte, la malade avait dormi tranquillement, la température était tombée peu à peu pour revenir à la normale, la figure avait repris son aspect ordinaire, et le langage était redevenu compréhensible. Tout alla bien dans la suite. L'auteur conclut que l'otite aiguë d'abord, puis l'embarras gastrique ensuite, ont été sans aucun doute chez cette malade les causes déterminantes qui ont appelé l'hystérie.

L. EGGER.

Les complications cranio-cérébrales des otites. Leur traitement.

Revue générale, par A. RIVIÈRE (*Archives internat. de laryngologie*, novembre-décembre 1896).

Nous ne pouvons que signaler ici cette revue générale d'une soixantaine de pages, qui établit l'état actuel des complications cranio-cérébrales des otites au quadruple point de vue étiologique, anatomique, symptomatologique et thérapeutique.

L. EGGER.

Sur un cas de tympanospasme, par P. BONNIER (*Arch. internat. de laryngol.*, novembre-décembre 1896).

Il s'agit d'une jeune fille qui débute dans l'étude du chant et qui éprouve, chaque fois que des exercices lui font émettre le do et le ré au-dessus du son médium, un léger choc dans l'oreille droite, avec opacité auditive subite et sensation de plénitude labyrinthique ; de plus, elle reste momentanément incapable d'assurer la justesse de sa voix au niveau et au-dessus de cette intonation. L'examen de l'oreille et de son fonctionnement ne montre rien d'anormal. Il s'agit d'une crampe du tenseur tympanique ou frénateur externe. Ce phénomène se produit grâce à une mauvaise habitude consistant à faire prendre les notes élevées de la voix dans l'arrière-nez, mouvement qui s'accompagne de l'élévation de l'appareil hyoïdien et d'une tension spéciale du voile palatin qui met en jeu ceux des péristaphylins qui sont anatomiquement, embryogéniquement et physiologiquement associés au tenseur du tympan.

Dans le cas particulier, le phénomène crampe était justifié par l'existence d'autres crampes symptomatiques légères avec quelques signes d'insuffisance rénale.

L. EGGER.

II. — NEZ ET SINUS

De l'emploi des rayons X et des écrans fluorescents dans les régions nasales et pharyngiennes, par J. MACINTYRE, de Glasgow (*Archives internat. de laryngologie*, janvier-février 1897).

Au moyen de deux croquis, l'auteur montre la manière de disposer le tube de Crookes, l'écran fluorescent, le miroir laryngien pour les examens des régions nasales et pharyngiennes.

L. EGGER.

A propos de la photographie des cavités des fosses nasales et du larynx au moyen des rayons de Röntgen, par A. SCHEIER (*Archives internat. de laryng, d'otol. et de rhinol.*, novembre-décembre 1896).

Après quelques indications techniques, l'auteur cite des cas où il a obtenu des photographies de corps étrangers des fosses nasales, fragments de canules ou autres. Dans un cas clinique embarrassant, S. obtint de l'épreuve photographique la localisation précise d'une balle dans la région temporale droite. Quant à l'exploration du larynx l'auteur reproduit trois photographies bien nettes, l'une du cartilage thyroïde, l'autre montrant une aiguille implantée entre les cartilages aryténoïdes, une troisième enfin accusant nettement la présence de ganglions tuberculeux entourant la trachée et le larynx.

L. EGGER.

Rapports des maladies aiguës du nez et de la gorge avec les troubles digestifs, par MOREAU R. BROWN (de Chicago). (*Journal of laryngology rhinology and otology*, sept. 1896, vol. XI, n° 3, p. 423).

L'expérience clinique démontre qu'il existe des rapports bien définis entre les inflammations aiguës du nez et de la gorge et les maladies d'autres organes. Ces rapports sont tantôt nets tantôt obscurs, mais les laryngologistes doivent toujours les rechercher. Après avoir cité les travaux de Bosworth, Lander Brunton, l'auteur rapporte une observation personnelle d'un malade atteint d'asthme avec inflammation des voies aériennes supérieures dont les crises sont toujours précédées de l'apparition de troubles gastriques graves. Il le compare aux cas de Nogano, Cackle, Lōri rappelle les recherches de Türke, Steffin, Aiya, etc., sur le laryngisme gastrique. Il croit avec Gross, Bosworth, Free, Wassen, etc., qu'il s'agit là de réflexes provoqués par l'infection des centres nerveux par des bactéries ou l'intoxication par des toxines, comme cela a lieu dans la fièvre typhoïde où les bacilles échappés de l'estomac peuvent infecter les voies aériennes supérieures.

L. R. REGNIER.

Les anesthésiques dans la chirurgie de la gorge et du nez, par W. G. HOLLOWAY (*Journal of laryngology, rhinology and otology*, sept. 1896 vol. XI, n° 3, p. 428).

On peut diviser les opérations demandant l'anesthésie en 3 classes. Celles qui ne demandent l'insensibilité que pendant

45 à 50 secondes, celles pour lesquelles elle doit durer une minute et demie à deux minutes, les grandes opérations avec anesthésie prolongée.

Pour les petites opérations il est partisan du protoxyde d'azote malgré le peu de durée de l'anesthésie. On peut d'ailleurs, lorsqu'il s'agit d'enlever des amygdales ou des végétations, fractionner l'opération en deux temps. L'hémorrhagie est moins grave avec le protoxyde d'azote. Il faut veiller à la bonne position de l'opéré pendant l'opération, éviter l'ouverture forcée de la bouche. La position verticale est plus avantageuse pour les raisons qu'on sait, et que l'auteur expose sans rien de nouveau. L'auteur est peu partisan du chloroforme généralement considéré comme un anesthésique dangereux pour ces opérations. Il décrit l'inhalateur à régulateur de Krohne, qui permet d'employer le minimum de chloroforme avec le maximum d'effet. L. R. REGNIER.

Sur le pemphigus chronique des muqueuses, par A. THOST (*Monatschr. f. Ohrenh.*, p. 165-224, n° 4-5, avril-mai 1896).

Le pemphigus des muqueuses est une maladie rare : Schrötter en décrit deux cas, Moritz Schmidt en a vu seulement cinq cas.

Le plus grand nombre des observations émane des oculistes, pour cette raison que dans le pemphigus chronique, la conjonctive peut être atteinte, et il produit une sclérose conjonctivale, qui oblige le malade à s'adresser de bonne heure au médecin, tandis que la maladie produit peu ou pas de troubles au niveau des muqueuses aériennes.

Th. en a observé deux cas. Chez un premier malade âgé de 39 ans. La maladie débuta par des rhumes fréquents, des épistaxis, des éternuements, pas de syphilis. Le malade attribue son affection au séjour dans un magasin de tabac et de cigares. Il y a cinq ans, apparurent les premiers symptômes, pas de douleurs, seulement une légère brûlure lors de l'absorption de certains aliments (boissons); les troubles oculaires débutèrent vers la même époque.

T. suit ce malade depuis longtemps déjà. L'aspect de la gorge est très variable suivant les moments : il se développe sans fièvre, sans douleur, des bulles peu tendues, dont le contenu est grisâtre par transparence, se laissant rompre facilement avec écoulement d'un liquide séreux trouble. Il est rare de voir des bulles; ordinairement on aperçoit des plaques blanches, au niveau desquelles la couche superficielle de l'épithélium est soulevée, for-

mant une pellicule mince (modifications de l'aspect à chaque déglutition). Si on l'enlève on voit la couche capillaire saignant facilement. Le processus guérit vite, sans cicatrices. Les parties atteintes sont le larynx, le voile du palais, le pharynx.

Au niveau du nez, les lésions se traduisent par la présence de croûtes et paraissent pouvoir déterminer de l'atrophie de la muqueuse. Le tympan est trouble, sans éclat, surtout à droite une diminution notable de l'acuité auditive.

Au niveau de la conjonctive, sclérose cicatricielle en divers points.

La saison froide paraît exagérer les poussées de bulles.

Les lésions observées chez le second malade (26 ans) sont très analogues. Chez tous les deux, même aspect cachectique; cheveux secs, légèrement frisés, mêmes lésions des muqueuses, sauf que chez le second malade, les troubles subjectifs ont jusqu'ici fait totalement défaut du côté des yeux; même marche apyrétique, même intégrité de la peau. Si l'on passe en revue les différents cas publiés de pemphigus on se convainc rapidement que sous le nom de pemphigus on a décrit des lésions différentes par leur corrélation, leur localisation, leur étendue, leurs conséquences. Il est nécessaire de diviser les faits en plusieurs catégories (Martens en mentionne 97 variétés!) et de rechercher les cas semblables à ceux observés par l'auteur.

T. retient le cas de Deutschmann, trois cas de Steffan, dont un de Lasègue, un cas de Landgraf, un de Semon, deux cas de Schrötter (où la peau fut intéressée), un cas de Krieg.

Dans tous ces cas, la muqueuse des voies aériennes supérieures et la conjonctive furent seules ou principalement atteintes, et encore pourrait-on ne tenir compte que des cas où seules les muqueuses furent atteintes, en y ajoutant seulement ceux où la peau ne fut lisse qu'au voisinage des muqueuses (paupières, lèvres, pourtour du nez).

On réunit ainsi huit cas intéressant tous les sujets cachectiques à nutrition altérée, d'âge assez avancé (sauf le deuxième cas de Thost). L'insuccès des procédés thérapeutiques est aussi une des caractéristiques de l'affection. Avec l'iode et le mercure, on aggrave toujours la maladie.

Le processus au niveau des yeux aboutit en quelques années à l'oblitération du sac conjonctival et à l'atrophie du bulbe. Au niveau du pharynx et du nez, les lésions ne font que progresser; il peut aussi s'y produire des rétractions cicatricielles des adhérences.

Dans presque toutes les observations on trouve signalées à la période de début des épistaxis, la production de croûtes dans le nez, de la suppuration nasale profuse, comme si la maladie du foyer nasal initial partait de là, pour atteindre la conjonctive et le pharynx.

Sous le nom de *pemphigus chronique des muqueuses*, T. comprend les faits répondant aux conditions suivantes :

1° Lésions limitées aux muqueuses, avec intégrité complète de la peau, ou seulement lésions cutanées au voisinage immédiat des muqueuses atteintes.

2° Atteinte régulière de la conjonctive, aboutissant à la sclérose essentielle de la muqueuse et à l'atrophie du bulbe.

3° Tendance à la sclérose des muqueuses et à la formation de synéchies.

4° Evolution chronique apyrétique.

5° Absence d'action de tous les médicaments.

6° Cachexie et mauvaise nutrition de la peau et des muscles.

Quelle est la cause de la maladie ? Les lésions anatomiques n'ont rien de caractéristique, ce sont des altérations de nécrose.

Pour les formes aiguës, fébriles de pemphigus, on peut admettre une origine microbienne, tandis que dans les formes chroniques, il est très vraisemblable qu'il s'agit de troubles trophiques. On a pensé aussi à l'infection. Dans le cas de Deutschmann, on a trouvé dans les bulles fraîches un streptocoque pathogène, mais ne reproduisant pas la lésion. Dans un cas de Mosler, examiné au point de vue bactériologique par Loeffler, les vésicules toutes fraîches sont stériles, il n'en n'est pas de même des bulles anciennes. L'inoculation du liquide de vésicules à un étudiant resta sans effet.

La symétrie des lésions, leur stérilité amènent Mosler à considérer la maladie comme une névrose vasomotrice. Même résultat négatif au point de vue des bactéries par Ehrlich. Dans les cas de Schwimm, de Sarky, de Petrini, on a trouvé une sclérose des cordons de Goll, avec dégénération des cellules des cornes postérieures. Petrini et Ferraro ont trouvé les nerfs périphériques des lésions retrouvées par Engel-Rismen et Bangus dans un cas de pemphigus foliacé chronique.

Demme, Peter, ont au contraire, chez des enfants atteints de pemphigus, trouvé des bactéries dans le sang (strepto-staphylocoques) ; à remarquer qu'il s'agissait alors d'une forme fébrile.

Le pronostic dans le pemphigus chronique des muqueuses est

grave : perte des yeux, progression lente des lésions dans les voies respiratoires.

Au point de vue thérapeutique, le mercure et l'iodure de potassium aggravent plutôt les lésions ; la quinine préconisée par Mosler, resta sans action. Le traitement local est aussi impuissant ; cependant les badigeonnages avec une solution légère de nitrate d'argent soulagent les malades.

Dans les cas de Schrötter, une atteinte de variole amena la guérison, mais il s'agissait d'une forme différente de pemphigus.

PAUL TISSIER.

Sérothérapie antistreptococcique dans les rhinites chroniques à streptocoques, par BOUCHERON (*Archives internat. de laryngologie*, novembre-décembre 1896).

La sérothérapie antistreptococcique est applicable aux rhinites à streptocoques, dans les cas graves, par eux-mêmes ou par leurs complications ; dans les cas chroniques ou récidivants, quand ils résistent à la thérapeutique locale et générale.

Le sérum de Marmorek est efficace, généralement, à la dose de 5 centimètres cubes par injection hypodermique. Il en faut, en général, quatre à six. L'amélioration se manifeste après la deuxième injection.

L. EGGER.

Un cas de chancre nasal, un cas de cystome nasal, par E. MATLACK (*New-York med. journal*, 1896, p. 488).

Le cas de chancre nasal est surtout intéressant par l'étiologie (inoculation probable par le doigt). Le cas de cystome est intéressant parce que l'examen ne montra aucune trace de structure rappelant les polypes ordinaires. Il s'agit donc d'un cystome multiloculaire primitif (affection rare) et non d'une dégénérescence kystique de polypes du nez, affection relativement fréquente. Les névralgies et les bourdonnements d'oreille étaient très intenses. Malgré une ablation très complète, la récurrence eut lieu en moins de trois mois. Les bourdonnements seuls reparurent avec la nouvelle tumeur.

A. F. PLICQUE.

De la transillumination de la face dans le diagnostic de l'empyème de l'antre d'Highmore, par BARCLAY (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 263).

Chez un malade qui avait présenté les symptômes habituels de l'empyème et de plus une opacité parfaite de la région sous-

orbitaire, l'auteur fit la trépanation alvéolaire du maxillaire et évacua une grande quantité de pus. Mais lorsque, six semaines plus tard, l'empyème fut pour ainsi dire guéri, le lavage ne donnant point ou fort peu de pus, l'opacité à la transillumination était restée la même. L'auteur se demande s'il faut mettre ce fait sur le compte d'un épaissement de la muqueuse ou de l'os, ou s'il faut admettre, malgré la marche favorable de l'abcès, l'existence d'une membrane pyogénique épaisse. M. N. W.

L'évolution vicieuse des dents et leur irruption dans les fosses nasales, par A. W. MACCOY (*New-York, med. journal*, 26 décembre 1896).

Cette revue d'ensemble passe en revue un grand nombre d'observations et se termine par une bibliographie assez étendue. L'évolution vicieuse de la dent est en général très lente et exige parfois des années. L'irruption des dents dans les fosses nasales est plus rare que dans le sinus maxillaire ou dans l'orbite. Les incisives, les canines ont été particulièrement observées. Les accidents rappellent ceux des corps étrangers souvent avec névralgies intenses. L'extraction est souvent très laborieuse.

A. F. PLICQUE.

Grosse molaire logée dans le sinus maxillaire, par SAINT HILAIRE (*Archives internat. de laryngologie*, novembre-décembre 1896).

L'auteur présente des pièces anatomiques provenant d'une femme de soixante à soixante-cinq ans, dans lesquelles on voit nettement la dent de sagesse supérieure droite qui a évolué dans le sinus.

L. EGGER.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

Vaisseaux pulsatiles dans le pharynx, par M. BRIDE (*Edim. med. Journ.*, décembre 1886, p. 510).

obs. 1. — Femme de 67 ans ; le pilier postérieur droit présente des battements isochrones au pouls ; ce phénomène existe à gauche à un faible degré et le toucher digital fait reconnaître un gros tronç artériel qui traverse la paroi postérieure du pharynx.

obs. II. — L'amygdale présentait chez un homme une tumeur fluctuante et pulsatile que l'auteur crut anévrysmale ; le patient

fut opéré par M. Cotterill et on reconnut qu'il s'agissait d'une tumeur kystique.

OBS. III. — Femme de 61 ans atteinte d'otite moyenne catarrhale et de tintements d'oreille qu'elle compare au sifflement de la vapeur. A l'examen du pharynx on voit des pulsations des deux côtés, à l'union de la paroi postérieure avec les parois latérales du pharynx et la pulsation se transmet à droite à l'amygdale ; cette femme présente d'ailleurs de nombreuses anomalies vasculaires, de nombreux naevi, des varicosités diffuses, des artères superficielles dans une étendue considérable de leur trajet aux membres, des pulsations visibles de l'aorte abdominale et un murmure aortique systolique avec renforcement du deuxième bruit.

M. N. W.

Un cas de division héréditaire du palais, par J. FEIN (*Wien. klin. Woch.*, 1896, n° 43).

Ce cas est intéressant en ce que l'hérédité est en partie paternelle et en ce que la lésion va se complétant d'une génération à l'autre.

Une enfant de 8 ans présente une division complète du voile du palais et du palais osseux presque jusqu'au rebord alvéolaire ; son père a le voile du palais entier, la luette seule bifide, mais en palpant le palais, on reconnaît que l'os fait défaut dans un espace triangulaire et médian qui ne s'étend pas aussi loin en avant que la fissure palatine ; enfin, la grand'mère paternelle de l'enfant ne présente aucune division des parties molles, mais une dépression triangulaire existe également dans son palais et le voile palatin offre un raphé médian blanc et dur. M. N. W.

NOUVELLES

Le titre de *Professeur extraordinaire* vient d'être accordé aux D^r A. JASAI et A. OSODI, priva-docents de laryngo-rhinologie à l'Université de Budapest.

C'est le 3 août que le Prof. J. GRUBER, de Vienne, est entré dans sa 70^e année ; un comité international s'est formé pour lui offrir comme souvenir, le 16 octobre 1897, une plaquette de bronze reproduisant ses traits en relief dont les souscripteurs recevront un exemplaire.

Parmi les distinctions honorifiques accordées par la reine d'Angleterre à l'occasion de son Jubilé de Diamant, figure le titre de *Sir* décerné au D^r FÉLIX SEMON pour ses travaux de laryngologie, physiologie et clinique.

Nous donnons, d'après le *British medical Journal*, la biographie du nouveau chevalier.

Né en décembre 1849, à Danzig, en Prusse, il fit ses études aux Universités de Heidelberg et Berlin. Lors de la guerre franco-allemande, il s'engagea comme volontaire dans un régiment de hulands et assista ainsi aux sièges de Metz et de Paris, et aux batailles d'Amiens, Bapaume et Saint-Quentin. Reçu docteur à Berlin en 1873, il se rendit à Vienne et à Paris, puis se fixa à Londres en 1874. Médecin de l'hôpital pour les maladies de la gorge en 1877, en 1881 il fut nommé assistant d'un service spécial à l'hôpital Saint-Thomas dont récemment il a pris la direction. En 1888, il fut choisi comme laryngologiste de l'hospice national de paralytiques et épileptiques, et la même année il présida la section de laryngologie de la réunion annuelle de l'Association médicale britannique. S. fonda en 1881 *l'Intern. Centralblatt f. Lar. u. Rhin.* Décoré de l'ordre allemand de l'Aigle noir, l'empereur Guillaume II lui a conféré en 1894, le titre de professeur.

Le D^r PAULSEN, privat-docent de laryngologie à Kiel, vient d'être nommé professeur.

La 116^e session annuelle de la *Société de Médecine du Massachusetts* s'est réunie à Boston les 8 et 9 juin. Nous trouvons au programme :

J. O. GREEN (Boston). Complications cérébrales des affections de l'oreille. — C. J. BLAKE (Boston). Fatigue de la surdité — G. A. LELAND (Boston). Obstruction nasale en rapport avec les affections de l'oreille. — H. L. MOISE (Boston). Traitement de quelques affections communes de l'oreille. — F. L. JACK (Boston). Certaines indications pour perforer la membrane tympanique — E. M. HOLMES (Boston). Complications auriculaires de la fièvre typhoïde.

Nous lisons dans le *Bolletino* de Grazi, que le D^r F. EGIDI vient d'ouvrir à Rome un Institut pour les sourds-muets de condition aisée, et pour corriger le bégaiement, dont il a confié la direction au Prof. V. BIANCHI qui, depuis vingt ans, enseigne aux sourds muets.

On lit dans le *N. Y. Medical Record*, que le D^r C. E. SAJOUS, rédacteur en chef de l'*Annual of the Universal Medical Sciences*, qui depuis quelques années s'était fixé à Paris, retourne à Philadelphie, comme professeur de laryngologie et doyen de la Faculté du Collège médico-chirurgical de cette ville.

La délégation de la *Société médicale des hôpitaux de Paris* au Congrès de Moscou est composée de MM. BALLEY, BRAULT, COMBY, DREYFUS-BRISAC, GOUGUENHEIM, HALLOPEAU, OULMONT et SEVESTRE.

Le Prof. B. FRAENKEL et le D^r P. HEYMAAN sont délégués par la Société de Laryngologie au Congrès de Moscou.

CONGRÈS DE MOSCOU

PROGRAMME DES SECTIONS

Physiologie et chimie physiologique.

SETSCHÉNOV (Moscou). Sur la physiologie du limaçon. — MOUNT BLEYER (New-York). Photographie de la voix.

Pharmacologie, balnéologie et climatologie.

M. CHARTERIS (Glasgow). Pharmacologie et emploi de l'eucaine dans les affections de l'œil, de la gorge et du nez et dans la chirurgie dentaire.

Maladies de l'Enfance.

TOLOSA LATOUR (Madrid) et VIOLI (Constantinople). De la coqueluche avec complication d'influenza. — J. ROBERT (Madrid), F. VITAL (Barcelone), BAGINSKY (Berlin), JOHANNESSEN (Christiania), MOSTI (Vienne), VIOLI (Constantinople), RAUCHFUSS (Saint-Petersbourg), ROMNICIANO (Bucarest) et J. TERRÈS (Mexico). Résultats du traitement par le sérum de la diphthérie et d'autres maladies. — J. BOKAY (Budapest), et BOULAY (Paris). Intubation dans la diphthérie chez les enfants. — H. CUVILLIER (Paris). Végétations adénoïdes chez le nourrisson.

Maladies nerveuses.

G. BALLET et E. ENRIQUEZ (Paris). Des effets déterminés chez le cobaye par l'injection d'extrait de corps thyroïde et de sérum de chien éthyroïdé isolés ou associés. — HASKOVEC (Prague). Contribution à l'étude de la pathogénie de la maladie de Basedow.

Hygiène, médecine publique, etc.

F. KRAL (Prague). Contribution au diagnostic bactériologique de la diphthérie. — RENSCHAW (Asthont on Mersay). Diphthérie. *Kortchak-Tschepourkovsky* (Kichmer). De la périodicité des épidémies diphthériques dans les campagnes de la Russie.

Maladies de l'oreille.

Le programme préliminaire de cette section ayant paru dans le numéro de juillet, nous donnerons seulement les titres des nouveaux travaux annoncés.

F. VASQUEZ GOMEZ (Mexique). Les adénoïdites aiguës chez l'adulte. — J. GRUBER (Vienne). Communication. — L. VACHER (Orléans). Sur l'auto-infection en otologie. — K. SCHMIDT (Odessa). I. Contribution caustique à la pyémie otitique. II. Sur l'otite externe primitive au point de vue clinique. — JIRMUNSKI (Saint-Petersbourg). Traitement des vertiges survenant au cours des affections de l'oreille moyenne et du labyrinthe. — HAUG (Munich). Contribution à la casuistique et à l'histologie des néoformations de l'oreille externe.

Maladies du larynx et du nez.

Nous avons donné dans un précédent numéro la liste des rapports annoncés, nous y ajouterons les communications suivantes :

A. W. JAKOBSON (Saint-Petersbourg). Influence du traitement nasal sur les affections réflexes. — M. LUMIN (Saint-Petersbourg). Rapports des affections de l'œil avec celles des sinus — R. BOTÉY (Barcelone). Indications du traitement chirurgical de la phtisie laryngée ; résultats qu'on peut en espérer. — T. FLATAU (Berlin). I. Sur le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. II. La question de la formation des registres. — SCHEFFEGRELL (Nouvelle-Orléans). Nouveau rapport sur le traitement de la phtisie laryngée par l'électrolyse cuprique. — C. DEMME (Berlin). I. Sur le sarcome pharyngien II. Hémorragies du pharynx — KAUFMANN (Koenigsberg). Nouveaux documents sur le traitement du fibro-sarcome du toit pharyngien par l'électrolyse. — PRZEDBORSKY (Lodz.). I. Sur le phénol sulfo-riciné dans la tuberculose laryngée et la rhinite atrophique. II. Statistique sur les résultats obtenus par la sérothérapie de Behring à l'hôpital israélite de Lodz. — P. HELLAT (Saint-Petersbourg). De la respiration dans le chant. — E. ESCAT (Toulouse). Utilité de l'examen laryngoscopique par la méthode de l'auteur dans le diagnostic du croup d'emblée. — V. COZZOLINO (Naples). I. L'ozène II. Les blastomycètes dans l'hypertrophie dégénérative des cornets. — GAVIÑO (Mexique). Traitement de la tuberculose du larynx par le grattage, le peroxyde d'hydrogène, la créosote et le tubage — M. SCHEIER (Berlin). I. Sur le sondage des sinus frontaux. II. Emploi des rayons de Röntgen pour la physiologie de la voix et de la parole.

La Société des oto-rhino-laryngologistes de Moscou ayant pour président G. N. SCOTT et pour secrétaire BELAYEFF, nous prie de faire savoir que voulant être utile aux spécialistes qui se rendront au Congrès, elle a organisé un bureau de renseignements où ils pourront se présenter durant leur séjour à Moscou. Le bureau fonctionnera du 13 au 19 août, de 7 à 9 heures du soir à l'Assemblée des Médecins de Moscou, *Doctorsky Club, Bolschaja Dmistrofka* et dans la salle de la section laryngologique pendant les séances du Congrès.

Le Dr H. TULLEY a été nommé chirurgien du London Throat and Ear Hospital ; M. S. PAGET, chirurgien auriste du Middlesex hospital et M. LAKE, laryngologiste au North London hospital for consumption and diseases of the chest.

L'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Saint Etienne du 5 au 12 août. Au programme de la section de médecine nous relevons :

CARTAZ (Paris). Chéloïdes du pavillon de l'oreille. — IMBERT DE LA TOUCHE (Lyon). Traitement des affections des voies respiratoires, par un nouvel inhalateur électro-médicamenteux. — RIVIÈRE (Lyon). D'un nouvel agent de thérapeutique nasale.

Le quatrième Congrès français de Médecine s'ouvrira à Montpellier, le mardi 12 avril 1898, sous la présidence du professeur BERNHEIM, de Nancy.

Les trois questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

- 1° Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire ;
- 2° Les associations microbiennes et infections mixtes ;
- 3° De l'utilisation thérapeutique des organes à sécrétion interne.

Ont bien voulu accepter de faire des Rapports :

Sur la 1^{re} question, MM. les Prof. BARD, de Lyon ; VERGELY, de Bordeaux, et REVILLIOD, de Genève ;

Sur la 2^{me} question, MM. les Prof. SPILLMANN, de Nancy ; WIDAL, de Paris, et MALVOZ, de Liège :

Sur la 3^{me} question, MM. les Prof. LEMOINE, de Lille ; MOSSE, de Toulouse, et DE CÉREVILLE, de Lausanne.

Ces rapports seront imprimés et distribués, avant l'ouverture du Congrès, à tous les membres adhérents.

Tous les membres du Congrès sont, en outre, libres de faire des communications sur un point quelconque des sciences médicales.

Toute demande de renseignements peut être dès à présent adressée au Secrétaire général du Congrès, 10, rue Jeu-de-Paume, Montpellier.

Société belge d'otologie et de laryngologie.

Programme de la réunion du 18 juillet.

DELIE I. Un rhinolite (pièce). — II. Une mastoïdite de Bezold. — EEMAN. I. Un cas de carcinome kératinisant (présentation du malade). — II. Fibrome sarcomatode du larynx (préparation microscopique). — III. Démonstration d'une pièce anatomique. — IV. Un cas de surdité hystérique. — GORIS. I. Note complémentaire sur l'opération de la sinusite maxillaire (présentation de six malades à diverses périodes de cicatrisation). — II. Note sur l'opération curative de la sinusite frontale (présentation de malades). — III. Présentation de malades thyrotomisés pour tuberculose du larynx. — HICGUET. Présentation de malades. — NOGUET. I. Présentation d'un polype saignant de la cloison des fosses nasales. — II. Déchirure du tympan provoquée par une forte détonation. — ROUSSEAU. Embout métallique destiné à faciliter le cathétérisme de la trompe. — SCHLEICHER. Modification au masseur de Delstanche. — BROECKAERT. Les paralysies récurrentielles. — COOSEMANS. L'holocaïne en oto-laryngologie. — GAUDIER. Quelques mots sur un cas de tumeur du pharynx nasal. — GOUGENHEIM. Cas de lupus du larynx, traitement chirurgical, guérison. — HENNEBERT. I. Un cas de mastoïdite aiguë avec abcès extradural. — II. Tympan vésiculeux. — JAUQUET. Quelques mots à propos de l'anesthésie par le bromure d'éthyle dans l'ablation des végétations adénoïdes. — KOCH. Les rayons X dans les maladies de la gorge et de la poitrine. — VAN DOORSLAER. Un cas de fracture de l'apophyse styloïde du temporal.

RAPPORTS : I. BROECKERT et HENNEBERT. I. La syphilis de l'oreille. — CHEVAL et ROUSSEAU. II. Les premiers symptômes de la tuberculose laryngée. — III. Le traitement de l'ozène par l'électrolyse cuprique.

Le 2 juillet 1897 a eu lieu la 37^e réunion de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le Dr CORNU, dix-huit personnes y assistaient.

M. le Dr MORICE, directeur de la *Gazette des Eaux*, a été nommé membre titulaire de l'Association, sur le rapport de M. le Dr BARDET.

M. le Dr CÉZILLY a rappelé que la Commission des Patentes à la Chambre des députés a décidé d'imposer une *patente aux journaux scientifiques*. L'Association a autorisé son syndic à faire valoir les doléances de ses membres à ce sujet auprès des autorités compétentes.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL a donné lecture d'une lettre du Secrétaire du Comité du *Monument Grisolle à Fréjus*, demandant à l'Association de la Presse médicale de vouloir bien s'intéresser à la tentative des compatriotes de l'ancien prof. de clinique médicale à la Faculté de Médecine.

M. le Dr BAUDOUIN a communiqué les nouveaux renseignements qu'il a reçus à propos du *Congrès international de Médecine de Moscou*.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOERBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze, chimiquement purs à base de potassium, sodium strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

Véritables **GRAINS de SANTE** du **Dr FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Angine de Ludwig blennorrhagique, par T. BOBONE (Extrait du *Boll. delle Mall. dell'Orecchio, Gola e. Naso*, n° 8, 1896). L'asthme nasal, par T. BOBONE (Extrait de l'*Archivio Ital. di Otol. Rin. e. Lar.* Vol. 5, 1897).

Note préliminaire concernant le traitement chirurgical de la tubercu-

iose du larynx prise au début, par C. GOMIS (Broch. de 7 pages, Impr. Vandeweghe, Bruxelles, 1879).

Surdité-mutité, surdité psychique; exercices acoustiques méthodiques, par C. ASTIER et J. ASCHKINASI (Broch. de 27 pages, Typog. Lebois, Bar-sur-Aube, 1897).

Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil, par G. LAURENS (In-8  raisin de 176 pages, prix, 4 francs. Carré et Naud,  diteurs, Paris 1897).

Physiologie et pathologie de la respiration nasale, par H. MENDEL (Un vol. de 163 pages, avec une préface du Prof. GABRIEL. Soc. d' ditions Scient., 5 francs, Paris, 1897).

Comptes rendus du 1 r Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie tenu à Madrid du 18 au 24 novembre 1896 (Un vol. de 300 pages, Typog. Avrial, Madrid, 1897).

Le traitement de l'inflammation cérébrale aiguë, par A. LUTTEN (Broch. de 70 pages, prix 1 fr. 50. Soc. d' d. Scient. Paris, 1897).

Les causes des paralysies récurrentielles, par M. LERMOYER (Extrait des *Bull. et m m. de la Soc. franç. d'otol. lar. et Rhin.*, 1897).

Ueber den dauernden Verschluss  berh uteter Trommelfello ffnungen (Sur l'occlusion permanente des perforations tympaniques  pith li s es, par O. BARNICK (Tiré à part des *Archiv. f. Ohrenh.*, 1897).

Cinquième Congrès international d'otologie. Florence. 23-26 septembre 1895. *Comptes rendus et mémoires*, publiés par V. GRAZZI (Broch. de 287 pages. C. Collini,  diteur, Florence, 1897).

Le traitement chirurgical de la surdité et des bourdonnements, par P. GARNAULT (Broch. de 44 pages, A. Maloine,  diteur, Paris, 1897).

Contributions à l'étiologie de la tuberculose pulmonaire, par W. FRENTHAL (Extrait des *Annals of. otology*, février 1897).

Des dégénérescences du cornet inférieur par J. CROUZILLAC (Broch. de 112 pages. Impr. Saint-Cyprien, Toulouse, 1897).

Lacunes anatomiques des piliers du pharynx (*Anatomical Defects in the facical pillars*, par J. E. NEWCOMB (Extrait du *Laryngoscope*, avril 1897).

Relation de la diathèse rhumatismale avec les angines communes, par J. E. NEWCOMB (Extrait de *the Atlanta Méd. and Surg. Journ.*, février, 1897).

De l'ozène vrai et spécialement de son traitement par l'électrolyse interstitielle cuirique, par P. HUGUES (Broch. de 115 pages, A. Rey, imprimeur, Lyon, 1897).

Les paralysies faciales symptomatiques dans les otopathies exsudatives des cavités tympano-mastoldiennes et leur oto-chirurgie indirecte et directe ou fallopienne, par V. COZZOLINO (Extrait des *Actes de l'Acad. méd. chir. de Naples*, n  3, 1897).

Essai expérimental sur l'ozène, par W. SCHLEICHER (Extrait des *Annales de la Soc. Méd. chir. d'Anvers*, avril-mai, 1897).

Le Gérant : G. MASSON.

